

**HAK AKSEPTOR KB ATAS PELAYANAN
KONTRASEPSI DALAM PELAKSANAAN
PROGRAM KELUARGA BERENCANA**

T E S I S

**Untuk Memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Ilmu Hukum
Program Pascasarjana Universitas Airlangga**

Oleh

**JOKO NUR SARIONO
NIM. 0993311402 M**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
1998**

Lembar Pengesahan

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
TNGGAL 27 MARET 1998**

**Oleh :
Pembimbing Ketua**



**Prof. HERMIEN HADIATI KOESWADJI, SH
NIP. 130 178 041**

**Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Ilmu Hukum
Program Pascasarjana Universitas Airlangga**



**Prof. Dr. SITI SUNDARI RANGKUTI, SH
NIP. 130 220 516**

Telah diuji pada
Tanggal 23 Maret 1998

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Dr. Abdul Rasyid, SH. LLM.
Anggota : 1. Prof. Abdoel Gani, SH.MS.
2. Dr. Haryono, SH.MCL.
3. Dr. Soewoto, SH.MS.
4. Prof. Hermien Hadiati Koewadji, SH.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanuwata'ala yang telah melimpahkan rahmat, taupiq serta hidayah-Nya, sehingga penulisan tesis ini dapat selesai. Segala upaya dan perjuangan selama penelitian sampai pada penulisan tesis ini tidak akan berhasil tanpa bantuan dan kehendak-Nya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih belum sempurna, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis mohon maaf atas segala kekurangan yang ada, kritik dan saran guna perbaikan tesis ini penulis terima dengan senang hati.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Prof. Hermien Hadiati Koeswadji, SH., selaku Dosen Pembimbing yang dengan kesabaran dan penuh keikhlasan memberikan bimbingan dan arahan sehingga tesis ini dapat penulis selesaikan.
2. Rektor Universitas Airlangga, karena dengan perkenannya penulis dapat mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Ilmu Hukum Pascasarjana Universitas Airlangga.

3. Direktur beserta para Asisten Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga, karena perkenan dan bantuannya penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
4. Ibu Prof. Dr. Siti Sundari Rangkuti, SH., sebagai Ketua Program Studi Magister Ilmu Hukum Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah membantu kelancaran penulis selama mengikuti pendidikan.
5. Tim Penguji yang telah memberikan penilaian, perbaikan dan masukan demi kesempurnaan Tesis ini.
6. Ibu Sonny Baksono, SH., selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Wijaya Kusuma Surabaya yang telah memberi kesempatan dorongan dan motivasi kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi Magister Ilmu Hukum Pascasarjana Universitas Airlangga.
7. Rektor Universitas Wijaya Kusuma Surabaya, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi Magister Ilmu Hukum Universitas Airlangga.
8. Ketua BKKBN Propinsi Jawa Timur beserta staf yang memberikan sumbangan pemikiran, literatur-literatur, laporan hasil penelitian guna melengkapi penulisan tesis.
9. Seluruh Dosen Program Studi Magister Ilmu Hukum Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.

10. Seluruh staf karyawan Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah membantu demi kelancaran pendidikan bagi penulis.
11. Orang tua beserta saudara-saudara penulis yang memberikan do'a restu demi keberhasilan penulis menyelesaikan studi Magister Ilmu Hukum.
12. Istriku yang tercinta Nurhayati dan putriku yang kusayang Yurisa Elda Emas, yang dengan penuh pengorbanan, kesabaran dan kesetiaan telah memberikan dorongan semangat demi keberhasilan mengikuti pendidikan.
13. Para sahabat penulis dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Semoga tesis ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu hukum khususnya dan masyarakat pada umumnya, Amiin....

Penulis

RINGKASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji hubungan antara Undang-Undang Nomor 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera dan Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan dalam upaya memberikan perlindungan hak bagi akseptor KB atas pelayanan kontrasepsi dalam program Keluarga Berencana. Dengan demikian studi ini secara umum mengkaji Hukum dan Dinamika Kependudukan.

Sedangkan secara khusus mengkaji dan menemukan jawaban siapa subjek hukum yang diberikan kewenangan oleh hukum untuk melakukan pelayanan kontrasepsi dalam pelaksanaan program KB, kemudian mendiskripsikan dari pada hak-hak apa saja yang dilindungi oleh Hukum bagi akseptor KB atas pelayanan kontrasepsi dalam pelaksanaan program KB. Disamping itu bertujuan pula untuk mengkaji dan menemukan jawaban upaya hukum yang dapat ditempuh bagi akseptor KB atas pelayanan kontrasepsi dalam pelaksanaan program KB bilamana terjadi kesalahan atau kelalaian sehingga menimbulkan kerugian bagi akseptor KB.

Metode pendekatan dalam penelitian ini adalah normatif, oleh karena itu macam datanya adalah dokumen yang berupa bahan yang diperoleh dari studi kepustakaan dan inventarisasi peraturan perundang-undangan mengenai

Kependudukan dan KB dengan menggunakan sistem kartu.

Pengolahan dan analisis bahan hukum dilakukan melalui proses identifikasi secara kritis analisis, kemudian didiskripsikan dengan cara menyeleksi dan mensistematisasikan berdasarkan pada relevansi masalah dengan menggunakan cara berpikir deduktif - induktif yang pada akhirnya dapat memberikan jawaban atas permasalahan.

Dari hasil pemikiran dapat disimpulkan bahwa, subjek hukum yang diberi kewenangan oleh hukum atas pelayanan kontrasepsi dalam program KB adalah Tenaga Kesehatan yang berwenang yaitu Dokter dan Bidan berdasarkan Instruksi bersama Menteri Kesehatan R.I. dan Kepala BKKBN No. 346/Menkes/Inst/VI/1983 dan No. 296/HK-011/E3/1983 tentang Intensifikasi Pelaksanaan Program Kependudukan dan KB, dan dalam Peraturan Menteri Kesehatan R.I. No. 363/Menkes/Per/IX/1980 tentang Wewenang Bidan yang diperbarui dalam Peraturan Menteri Kesehatan R.I. No. 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Registrasi dan Prektek Bidan.

Sedangkan hak akseptor KB atas pelayanan kontrasepsi dalam program KB meliputi, hak untuk memilih macam instrumen/alat kontrasepsi, hak atas kesehatan keluarga yang meliputi hak atas perawatan, dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang, tindakan sesuai dengan standar profesi kesehatan dan hak atas informasi. Kemudian akseptor KB juga berhak untuk mendapatkan ganti rugi

bilamana dilakukan dengan kesalahan/kelalaian sehingga menimbulkan kerugian.

Hak akseptor KB atas ganti rugi dalam pelayanan kontrasepsi program KB telah diatur dalam peraturan kebijaksanaan yang berupa Keputusan Menteri Negara Kependudukan/Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nomor 379/HK.104/E2/1995 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembinaan Pengayoman Akseptor Keluarga Berencana Nasional, ganti rugi diberikan oleh BKKB selaku penanggung jawab program KB dan telah dibuktikan ada tidaknya unsur kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di dalam memberikan fungsi pelayanan kontrasepsi kepada akseptor KB.

ABSTRACT

This research aims to study the relationship between act No. 10 of 1992 on Demographic Development and Development of Welfare families and Act No. 23 of 1992 on Health in an attempt to provide protection for Family Planning (FP) acceptors against contraception services on the FP program. Hence, in general this study discusses Law and Demographic Dynamic.

Meanwhile, the specific objective is to find out the legal subjects who are given the authority by the law to perform contraception services on the FP program, than to describe the rights enjoyed by acceptors which are protected by the law from contraception services. Additionally, it specifically aims to study and find out the possible legal proceedings which can be taken by FP acceptors against the services in case of malpractice or negligence causing injury on the part of acceptors.

The research takes normative approach to the problem. Therefore, the types of data used are materials obtained from bibliographic study and inventory of statutory laws regarding Demographic and Family Planning.

The legal materials are processed and analyzed by means of critical identification, then are selected and systematized based on their relevance to the matter at hand using deduction and induction eventually leading to the answer.

The process results in conclusion that the legal subjects given authority by the law over the contraception services on the FP program are the competent Health Personal, i.e. physicians and midwives based on the joint directive of Health Minister and head of BKKBN No. 346/Menkes.Ins/VI.1983 and No. 296/HK-001/E3/1983 concerning the Intensificat of Demographic and FP Program administration, as well as within Health Minister Regulation No. 363/Menkes/Per/IX/1980 on Midwife Responsibilities updated in Health Minister Regulation No. 572/Menkes/Per/VI/1996 on Registration and Practice of Midwife.

As to rights acceptors enjoy over the contraception services, they include the right to choose the type of contraceptive, the right for family health which includes the right for health care, performed by competent health personnel, treatment by standards of health profession and the right for information. In addition, FP acceptors also have the right for damages in the even of malpractice or negligence causing injury.

FP Acceptors right for damages on the contraception services has been established as ministerial policy in the form of Decision of state Minister of Demography/Head of BKKBN No. 379/HK.104/E2/1995 on guide lines of administration of National Family Planning, which states that damages is awarded by BKKBN as the institution in charge of FP program and after verification has been made of the existence of malpractice or negligence

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I : PENDAHULUAN

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1.1. Latar Belakang Masalah | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 7 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 8 |
| 1.4. Tinjauan Pustaka | 9 |
| 1.5. Metode Penelitian | 22 |
| 1.6. Sistematika Penulisan | 24 |

BAB II : SUBJEK HUKUM ATAS PELAYANAN KONTRASEPSI

DALAM PELAKSANAAN PROGRAM KB

| | |
|---|----|
| 2.1. Subjek Hukum Dalam Pelaksanaan Pelayanan Program KB | 28 |
| 2.2. Hubungan Hukum Antara Kaseptor Program KB dan Tenaga Kesehatan dalam Pelaksanaan Pelayanan Program Keluarga Berencana | 34 |
| a. Prestasi sebelum pemasangan | 36 |
| b. Prestasi saat pemasangan | 38 |
| c. Prestasi sesudah pemasangan | 39 |
| 2.3. Kewajiban dan Hak Tenaga Kesehatan Dalam Pelaksanaan Pelayanan Program Keluarga Berencana | 42 |
| 2.3.A. Kewajiban bagi Akseptor Program KB | 44 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3.B. Hak Akseptor KB dalam Peraturan Perundang-undangan dan Peraturan Mengenai Kebijaksanaan | 45 |
| 2.4. A. Hak Akseptor KB untuk memilih macam instrumen/alat kontrasepsi | 46 |
| B. Hak kesehatan keluarga | 48 |
| C. Hak untuk mendapatkan ganti rugi .. | 52 |
| BAB III: GANTI RUGI ATAS PELAYANAN KONTRASEPSI DALAM PELAKSANAAN PROGRAM KB | |
| 3.1. Ganti Rugi Dalam KUHPerdata | 57 |
| A. Ganti rugi atas dasar wanprestasi.. | 57 |
| B. Ganti rugi atas dasar perbuatan melawan hukum | 61 |
| 3.2. Pemberian Ganti Rugi Atas Pelayanan Kontrasepsi Dalam Pelaksanaan Program Keluarga Berencana | 66 |
| 3.3. Pelaksanaan Program Pengayoman Bagi Akseptor KB Dalam Pelaksanaan Program Keluarga Berencana | 74 |
| A. Tahapan Persiapan | 74 |
| B. Tahapan Pelaksanaan | 77 |
| C. Tahapan Pasca Pelaksanaan | 81 |
| BAB IV : KESIMPULAN DAN SARAN | 83 |
| 1. Kesimpulan | 39 |
| 2. Saran | 86 |

DAFTAR BACAAN

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang Masalah

Hukum sebagai peraturan atau kaidah mengenai perilaku manusia mengandung isi yang bersifat umum dan normatif. Umum karena berlaku bagi setiap orang dan normatif karena menentukan apa yang seharusnya dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan juga menentukan bagaimana caranya untuk melaksanakan patuh kepada kaidah-kaidah.¹ Oleh karena itu dalam kaitannya dengan tulisan ini yang dimaksudkan dengan hukum adalah hukum obyektif yang berupa semua peraturan hukum tertulis yang berlaku dalam masyarakat.

Ketentuan dalam pasal 1 angka 2 Undang-undang No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan & Pembangunan Keluarga Sejahtera memberikan batasan mengenai pengertian kependudukan sebagai hal ikwal yang berkaitan dengan jumlah, ciri utama pertumbuhan, persebaran, kualitas, kondisi kesejahteraan yang menyangkut politik, ekonomi, sosial budaya, agama serta lingkungan penduduk tersebut.²

Hukum kependudukan atau "Population Law" menurut Luke T. lee diartikan sebagai bidang-bidang hukum yang langsung atau tidak langsung ada kaitannya dengan

pengaturan pertumbuhan dan penyebaran penduduk serta aspek-aspek kesejahteraan, yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh jumlah penyebaran penduduk.³

Batasan pengertian mengenai hukum kependudukan tersebut kemudian di sempurnakan oleh D.C. Jayasurya sebagai "The body of laws and regulations which has a bearing on population dynamics",

- (a) by regulation the growth, composition, and movement of the population; and
- (b) by inducing behavioral and attitudinal changes in individuals with a view to enhancing the quality of life, both at the microlevel of the family unit and at the macrolevel of the community or nation.⁴

Masalah kependudukan mempunyai dimensi yang sangat kompleks dan berkait dengan segala bidang kehidupan politik, ekonomi, sosial, budaya, kesehatan, oleh karena itu penanganan masalah kependudukan dapat dilakukan melalui pendekatan berbagai disiplin ilmu.

Untuk memecahkan permasalahan kependudukan melalui pendekatan hukum. Rebecca J. Cook telah mengemukakan 3 (tiga) model cara pendekatan dalam menjelaskan peranan hukum dalam menangani permasalahan kependudukan yaitu :

1. "The Family Planning Model" ;
2. "The Population Control Model";
3. "The Economic Development Model".⁵

"The Family Planning Model" juga dikenal dengan model Keluarga Berencana, yaitu suatu model pendekatan yang berkaitan dengan penyediaan perawatan kesehatan berupa alat-alat kontrasepsi atas dasar suka rela dan pelayanan kesehatan ibu dan anak-anak. Pendekatan ini selanjutnya dijelaskan oleh Kingsley Davis bahwa Keluarga Berencana (selanjutnya disingkat KB) merupakan istilah lain bagi kontrasepsi, karena pendekatan-pendekatan yang digunakan dalam pelayanan KB berakibat membatasi jumlah kelahiran.⁶

Di Indonesia dasar-dasar kebijaksanaan kependudukan melalui pendekatan KB tersebut dapat ditemukan dalam Ketetapan MPR No. IV/MPR/1978 tentang GBHN yang menyebutkan bahwa :

"Agar Pembangunan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan rakyat dapat terlaksana dengan cepat, harus disertai dengan pengaturan pertumbuhan jumlah penduduk melalui program KB, yang muntlak harus dilaksanakan dengan berhasil karena kegagalan pelaksanaan KB akan mengakibatkan hasil usaha pembangunan menjadi tidak berarti dan dapat membahayakan generasi yang akan datang.

Oleh karena itu program KB dimaksudkan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk melalui penurunan jumlah tingkat kelahiran dengan menggunakan alat-alat kontrasepsi. Dengan demikian pada awalnya program KB dilaksanakan dengan pendekatan klinis.

Untuk mencapai tujuan tersebut di atas

pelaksanaan program KB diarahkan kepada 2 (dua) sasaran yaitu :

1. Sasaran langsung yaitu yang tertuju kepada para pasangan usia subur dengan jalan secara bertahap agar mereka menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberikan efek langsung terhadap penurunan fertilitas.
2. Sasaran tidak langsung yaitu yang ditujukan kepada organisasi-organisasi atau lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi-instansi baik pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap proses pembentukan sistem nilai di kalangan masyarakat untuk mendukung program KB.⁸

Dalam perkembangannya kemudian dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana (selanjutnya disingkat BKKBN) berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 8 tahun 1970 tentang Pembentukan Badan Koordinasi KB, yang kemudian diperbaharui dengan Keputusan Presiden No.109, tahun 1993, bertanggung jawab untuk mengkoordinir semua kegiatan program KB yang utamanya bertujuan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk melalui penurunan angka atau jumlah kelahiran dengan menggunakan alat Kontrasepsi.

Kebijaksanaan kependudukan melalui pendekatan KB ini kemudian dikembangkan dengan ketetapan MPR No. II Tahun 1988 tentang GBHN yang secara khusus dalam sektor Kependudukan dan KB yang menyebutkan bahwa : Pembangunan pada sektor Kependudukan dan KB antara lain ialah,

1. Perluasan program KB ke seluruh wilayah dan masyarakat termasuk daerah pemukiman-pemukiman baru.
2. Peningkatan jumlah dan pemeliharaan peserta KB.
3. Penerangan dan pendidikan mengenai masalah kependudukan kepada masyarakat terutama generasi muda; dan
4. Pengembangan kebijaksanaan kependudukan yang terpadu.⁹

Untuk mendukung kebijaksanaan tersebut, beberapa peraturan perundang-undangan telah dikeluarkan, khususnya dalam rangka memecahkan permasalahan kependudukan dan KB di Indonesia diantaranya ialah,

1. Dikeluarkannya Undang-Undang No.10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, (Lembaran Negara tahun 1992 nomor 35 dan Tambahan Lembaran Negara nomor 3475); (selanjutnya disingkat UU No.10 Th.1992)
2. Dikeluarkannya Undang-undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan, (Lembaran Negara tahun 1992 nomor 100, Tambahan Lembaran Negara No.3495); (selanjutnya disingkat UU No. 23 Th.1992).

Dengan diundangkannya 2 (dua) Undang-undang tersebut di atas dengan demikian memberikan dasar kewenangan kepada pemerintah untuk bertindak melalui berbagai kebijaksanaan mengatur kependudukan, utamanya yang menyangkut pengaturan KB.

Ketentuan dalam pasal 1 angka 12 UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan

Keluarga Sejahtera memberikan batasan pengertian mengenai KB adalah, Upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.¹⁰

Dengan dikeluarkannya UU No. 10 tahun 1992 tersebut pelaksanaan program KB berkembang menjadi pendekatan sosial budaya yang merupakan upaya Pembentukan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (selanjutnya disingkat KKBS). Di samping itu dalam hal pengaturan kelahiran ketentuan pasal 13 UU No.23 Th. 1992 tentang Kesehatan menyebutkan "Kesehatan suami istri di utamakan pada upaya pengaturan kelahiran dalam rangka menciptakan keluarga yang sehat dan harmonis.

Selanjutnya dalam penjelasan pasal tersebut menyebutkan bahwa pengaturan kelahiran merupakan suatu upaya bagi Pasangan Suami Istri (selanjutnya disingkat PASUTRI) untuk merencanakan jumlah ideal anak, jarak kelahiran dan usia idial perkawinan, serta usia ideal untuk melahirkan anaknya agar hidup sehat.¹¹

Bila ketentuan tersebut dikaitkan dengan UU No. 10 Th. 1992, maka dalam pasal 20 UU No. 10 Th. 1992 mennyebutkan bahwa :

- (1) Penggunaan alat, obat dan cara pengaturan kehamilan yang menimbulkan resiko terhadap kesehatan dilakukan atas petunjuk dan atau oleh Tenaga Kesehatan yang berwenang untuk itu.
- (2) Tata cara penggunaan sebagaimana dimaksudkan ayat (1) dilaksanakan menurut standard profesi kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undang yang berlaku.¹²

Sedangkan resiko yang mungkin timbul karena penggunaan alat, obat dan caranya terhadap kesehatan diatur dalam pasal 55 UU No. 23 Th.1992, yang menyebutkan bahwa,

- (1) Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan.
- (2) Ganti rugi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.¹³

Dengan demikian antara UU No.10 Th.1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera dan UU No. 23 Th.1992 tentang Kesehatan dalam beberapa hal mempunyai keterkaitan yang saling berhubungan dalam hal pelaksanaan program KB.

1.2. Rumusan Masalah

Tema sentral atau permasalahan pokok ialah " Hak-hak peserta KB bila terjadi kesalahan atau kelalaian dalam pelaksanaan program KB" masalah sentral tersebut dapat dirinci dalam permasalahan pokok sebagai berikut :

1. Siapakah subjek hukum atas pelayanan kontrasepsi dalam pelaksanaan program KB ?

2. Apa saja hak dan kewajiban subjek hukum atas pelayanan kontrasepsi yang diberikan dalam pelaksanaan program KB ?
3. Bagaimana upaya hukum bagi akseptor KB bila terjadi kesalahan atau kelalaian atas pelayanan kontrasepsi dalam program KB ?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji hubungan antara Undang-Undang No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera dan Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan dalam upaya memberikan perlindungan atas hak akseptor KB atas pelayanan kontrasepsi dalam program Keluarga Berencana. Dengan demikian studi ini secara umum mengkaji Hukum dan Dinamika Kependudukan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengkaji dan menemukan jawaban siapa para subjek hukum yang diberikan kewenangan untuk melakukan pelayanan kontrasepsi dalam program Keluarga Berencana, kemudian mendiskrifsikan hak akseptor KB atas pelayanan kontrasepsi dalam pelayanan program KB.

- b. Untuk mengkaji dan menemukan jawaban dari upaya hukum yang dapat ditempuh bagi akseptor KB atas pelayanan kontrasepsi dalam pelaksanaan program KB bilamana terjadi kesalahan atau kelalaian sehingga menyebabkan kerugian bagi akseptor KB.

1.4. Tinjauan Pustaka

Pendekatan terhadap masalah kependudukan dari segi hukum diawali dengan adanya deklarasi penduduk ("Declaration on Population") yang ditanda tangani oleh 30 kepala negara, termasuk Indonesia pada tahun 1966. Kemudian disusul dengan Konferensi Internasional PBB mengenai Hak asasi manusia ("United Nations International Conference on Human Rights") tahun 1968. Dalam kedua peristiwa tersebut telah menegaskan bahwa adalah termasuk hak asasi manusia dari suami istri untuk menentukan dengan bebas dan bertanggung jawab jumlah anak yang di inginkan, sehingga mereka berhak atas penerangan, pendidikan dan pelayanan untuk melaksanakan hak tersebut.¹⁴

Untuk dapat memahami masalah kependudukan perlu dikaji keterkaitan masalah kependudukan sebagai satu sistem dalam kaitannya dengan pelbagai sektor pembangunan lainnya. Dasar dari sistem kependudukan Indonesia adalah Pancasila, sedangkan isinya terdiri dari.

1. Subsistem fertilitas;
2. Subsistem mortalitas;
3. Subsistem penyebaran;
4. Subsistem harapan hidup.¹⁵

Keempat subsistem kependudukan tersebut antara satu dengan yang lain saling berkait dan saling mempengaruhi. Dalam penulisan ini difokuskan pada salah satu subsistem yang terkait erat dengan pokok permasalahan yaitu subsistem fertilitas. Tulisan ini bertolak dari asumsi bila pertumbuhan penduduk tidak diatur maka jumlah penduduk akan semakin besar. Salah satu cara untuk mengatur pertumbuhan penduduk ialah melalui program KB.

Penanganan masalah kependudukan dan KB secara hukum telah dimulai dengan dikeluarkannya Instruksi Presiden no. 8. tahun 1970 tentang Pembentukan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. Pada awalnya program KB dilaksanakan melalui pendekatan klinis yaitu dengan menggunakan alat-alat kontrasepsi. Kemudian dalam perkembangan selanjutnya dilakukan dengan pendekatan pembangunan terpadu melalui pembudayaan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (selanjutnya disingkat NKKBS).

Menurut Haryono Suyono dalam pidato pengukuhan sebagai guru besar di Fakultas Kedokteran UNAIR

tanggal 12 Oktober 1994 berjudul " Pendekatan Kemasyarakatan Pembangunan Kesehatan Kasus Pembangunan Program KB di Indonesia", menyebutkan bahwa pengembangan program KB terdiri dari tahapan-tahapan yang meliputi,

- I. Program Jangka Pendek
- II. Program Jangka Menengah
- II. Program Jangka Panjang.

Ad I. Program Jangka Pendek

Program jangka pendek mencakup 3 (tiga) pendekatan yaitu :

(a). Pendekatan Kesehatan

Tahap ini dapat juga disebut sebagai tahap kedua, setelah pendekatan tradisional oleh masyarakat sendiri yang sifatnya sangat terbatas. Pada tahap ini pendekatan dan pembinaan program dikaitkan dengan dan merupakan bagian dari program kesehatan. Pendekatan ini dilaksanakan dengan memperkenalkan KB sebagai usaha untuk mengurangi resiko kematian ibu hamil dan melahirkan yang terlalu sering, dan dilakukan dengan mempergunakan seluruh sarana kesehatan yang ada. Pendekatan pada tahun-tahun pertama sifatnya masih terbatas karena kesadaran yang rendah dan pengertian tentang KB itu

sendiri masih dianggap bertentangan dengan nilai-nilai budaya bangsa.

(b). Pendekatan Pembangunan.

Tahap ini dapat juga disebut sebagai tahap ketiga yang merupakan pendekatan dan pembinaan yang telah dipadukan dengan penggarapan bidang-bidang lainnya, termasuk usaha pengembangannya ke seluruh tanah air. Pada tahap ini tujuan program mulai dikaitkan dengan sasaran demografis, yaitu untuk menurunkan tingkat kelahiran sebesar 50% pada tahun 1990 yang dibandingkan dengan keadaannya pada tahun 1971.

Pengembangan tahap ini dimulai setelah dibentuknya BKKBN dengan unit-unit pelaksanaannya pada tahun 1970-an. Pada tahapan ini sifat keterpaduannya masih bersifat makro dan seakan-akan semua instansi ikut serta melaksanakan kampanye KB dan mengerahkan segala kemampuannya untuk menjadi pelaksana program KB yang lebih mengutamakan pada mengajak peserta KB serta pemasangan alat-alat kontrasepsi kepada para peserta yang membutuhkannya.

(c). Pendekatan Terpadu.

Tahapan ini dapat juga disebut sebagai tahap keempat yang merupakan kelanjutan dari tahapan

sebelumnya namun dengan jangkauan dan tanggung jawab program yang semakinb terpadu, yaitu tidak hanya terdiri dari pelayanan KB dan kontrasepsi, melainkan meluas sampai kepada dukungan dan komitmen, komunikasi, informasi, dan edukasi di samping pengembangan sistem jaringan pelaksana sampai ke daerah pedesaan. Usaha pelembagaan secara institusional semakin dipertegas. Para Gubernur KDH, para Bupati/Walikota menjadi penanggung jawab umum dari pelaksanaan program di daerah dengan dukungan dana dan tenaga yang semakin membesar.

Ad II. Program Jangka Menengah 10 - 25 tahun

Program jangka menengah ini meliputi,

(d). Pendekatan Pedesaan Terpadu.

Tahap kelima ini juga dapat disebut sebagai tahapan jangka menengah, yaitu dalam upaya usaha melaksanakan program sudah dipadukan dengan orientasi pedesaan. Dengan demikian program-program aksi dirumuskan sedemikian rupa sehingga saling berkaitan dan saling menunjang dengan dukungan program pembangunan dari berbagai sektor dan yang diarahkan kepada keluarga yang ada di pedesaan. Dalam tahapan ini diharapkan para penerima gagasan KB dapat menerima dan mulai melaksanakan NKKBS yang

didukung dengan sektor pembangunan lainnya secara terpadu di pedesaan.

(e). Pendekatan Kemasyarakatan Terpadu.

Tahap keenam ini dapat juga disebut sebagai tahapan pendekatan yang bersifat kemasyarakatan dan diusahakan dengan melembagakannya dan mengkaitkannya kepada berbagai aspek kehidupan keluarga sehari-hari. Pendekatan yang semula bersifat masal berkembang menjadi lebih bersifat pribadi keluarga dalam hubungannya dengan lingkungan masyarakat, karena makin banyaknya lembaga-lembaga kemasyarakatan di pedesaan yang sudah mulai menyadari dan mengambil peranan yang aktif dalam pelaksanaan program. Hampir setiap desa sudah mempunyai kelompok atau paguyuban akseptor KB yang mengajak setiap kepala keluarga dan keluarganya agar dapat menjadi lebih bahagia dan sejahtera bergabung dalam kelompok mereka. Norma Keluarga Kecil yang Bahagia dan Sejahtera mulai melembaga dan membudaya.

Ad III Program Jangka Panjang 25 tahun atau lebih

Program ini merupakan

(f). Pembangunan Keluarga Sejahtera.

Dalam tahapan ini pendekatan kemasyarakatan sudah semakin matang, sehingga diperlukan

pembangunan sumber daya manusia yang lebih difokuskan dengan memberikan kesempatan kepada para keluarga sendiri untuk melaksanakannya. Keluarga akan mulai menjadi tulang punggung kekuatan pembangunan bangsa, sehingga penggarapan dan keikutsertaan KB diharapkan dapat merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari unsur-unsur suatu keluarga yang Bahagia dan Sejahtera.

Status kedudukan keluarga ditingkatkan menjadi agen-agen pembangunan dengan menghidupkan dan menyegarkan fungsi-fungsi utamanya, yang terdiri dari fungsi keagamaan, fungsi budaya, fungsi cinta kasih, fungsi perlindungan, fungsi reproduksi, fungsi sosialisasi dan pendidikan, fungsi ekonomi, serta fungsi pemeliharaan lingkungan. Dengan 8 (delapan) fungsi tersebut diharapkan keluarga dapat berkembang menjadi keluarga modern, maju dan mandiri serta mampu mengembangkan dirinya sendiri, anak-anaknya, dalam kaitan keluarga yang lebih luas, yaitu masyarakat dan bangsanya. Secara khusus dalam hal ini Presiden Republik Indonesia mengharapkan agar keluarga dapat menjadi wahana pembangunan bangsa.

Dalam pembangunan Keluarga Sejahtera tersebut, tahapan-tahapannya secara terperinci sedang dalam proses.

Program Keluarga Berencana merupakan kebijaksanaan publik, yang menurut Thomas R.Dye mempunyai lingkup yang lebih luas yaitu dikatakannya bahwa "Public Policy is what ever government choose to do or not to do". Ia menyatakan bahwa bila pemerintah memilih untuk melakukan sesuatu harus ada tujuan (obyek), dan kebijaksanaan publik tersebut harus meliputi tindakan pemerintah, bukan semata-mata merupakan kegiatan pemerintah atau pejabat pemerintah saja, melainkan mengandung pengertian bahwa kebijaksanaan publik merupakan tindakan-tindakan nyata dari organ pemerintah yang mempunyai fungsi.

Tindakan pemerintah tersebut merupakan pelaksanaan dari keputusan-keputusan yang telah ditetapkan oleh pemerintah untuk kepentingan umum. Bentuk kebijaksanaan tersebut antara lain terdiri dari "Program Keluarga Berencana" yang bertujuan untuk menekan tingkat kelahiran melalui penggunaan alat-alat kontrasepsi yang lestari.

Program KB ("family planning program") dapat dikatakan sebagai kebijaksanaan publik apabila program KB memuat 3 (tiga) elemen atau unsur, yaitu :

1. Identifikasi dari tujuan yang ingin dicapai ;
2. Strategi dan taktik sebagai langkah untuk mencapai tujuan yang diinginkan ;
3. Menyediakan berbagai "input" (masukan) untuk memungkinkan pelaksanaan secara nyata dari taktik atau strategi.¹⁶

Identifikasi dari tujuan yang ingin dicapai oleh

program KB adalah untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat, yang dimulai dengan meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera .¹⁷

Untuk mewujudkan tujuan tersebut, maka taktik yang digunakan yaitu dengan cara,

1. Menurunkan angka kelahiran ;
2. Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak;
3. Pemakaian alat-alat kontrasepsi;
4. Mengkomunikasikan program KB kepada masyarakat.¹⁸

Hukum sebagai keseluruhan kumpulan peraturan-peraturan atau kaedah-kaedah yang mengatur perilaku manusia dalam suatu kehidupan bersama, sebagai keseluruhan peraturan tentang perilaku manusia yang berlaku dalam suatu kehidupan bersama yang dapat dipaksakan pelaksanaannya karena sifatnya yang normatif bila dilanggar akan berakibat dengan penjatuhan dengan suatu sanksi.

Sejalan dengan pemikiran tersebut Roscoe Pound berpendapat bahwa kekuatan memaksa dari hukum yang demikian itu sangat diperlukan. Hal ini disebabkan karena hukum dipandang sebagai suatu kumpulan aturan-aturan untuk membimbing perilaku manusia yang untuk pelaksanaannya dibebankan kepada masyarakat oleh suatu kekuasaan yang memerintah dalam masyarakat tersebut, dan oleh karenanya

mampu membuat aturan-aturan tersebut efektif dengan kekuatan yang sifatnya memaksa.¹⁹

Hukum mengatur hubungan hukum yang terdiri dari hubungan-hubungan antara individu dengan masyarakat dan antara para individu secara perorangan. Ikatan-ikatan itu tercermin dalam hak dan kewajiban. Dalam upayanya untuk mengatur tersebut hukum menyesuaikan kepentingan perorangan dengan kepentingan masyarakat dengan sebaik-baiknya, dan berusaha untuk mencari keseimbangan antara memberi kebebasan kepada individu dalam keterikatannya dengan masyarakat. Mengingat bahwa masyarakat terdiri dari individu-individu yang melahirkan terjadinya interaksi, maka akan selalu terjadi konflik antara kepentingan perorangan dengan kepentingan masyarakat. Dalam hal demikian inilah hukum berusaha menampung ketegangan dan konflik itu dengan sebaik-baiknya.

Hukum sebagai kumpulan peraturan atau kaedah mempunyai isi yang bersifat umum dan normatif, umum karena berlaku bagi setiap orang dan normatif karena menentukan apa yang seyogyanya dilakukan, apa yang tidak boleh dilaksanakan atau harus dilakukan serta menentukan bagaimana caranya melaksanakan kepatuhan kepada kaedah-kaedah.²⁰

Dengan demikian apabila dihubungkan dengan pendapat Antony Allot, maka hukum yang dimaksud adalah hukum dalam

arti ketentuan peraturan tertulis yang dikeluarkan oleh lembaga resmi negara atau hukum obyektif.

Sedangkan hak merupakan kepentingan yang dilindungi oleh hukum. Kepentingan merupakan tuntutan perorangan atau kelompok yang diharapkan untuk dipenuhi. Kepentingan pada hakekatnya mengandung kekuasaan yang dijamin dan dilindungi oleh hukum dalam pelaksanaannya. Apa yang dinamakan hak itu sah karena dilindungi oleh hukum. Pemegang hak melaksanakan kehendaknya menurut cara tertentu dan kehendaknya itu diarahkan untuk memuaskan.²¹

Menurut Salmond, terdapat beberapa karakteristik atau ciri dari hak yang diatur oleh hukum, yaitu ;

- a. Melekat pada seseorang, orang ini disebut sebagai pemilik hak atau pemegang hak ;
- b. Seseorang yang terkena oleh hak itu terikat oleh suatu kewajiban tertentu, orang ini disebut memiliki kewajiban atau subjek dari kewajiban ;
- c. Hak ini mewajibkan seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu perbuatan bagi kepentingan pemegang hak, inilah yang merupakan isi suatu hak;
- d. Melakukan atau tidak melakukan perbuatan tadi berkaitan dengan suatu objek tertentu ;
- e. Setiap hak memiliki titel atau fakta-fakta atau peristiwa-peristiwa yang atas dasar itu hak tersebut melekat pada seseorang.²²

Dalam setiap hak terdapat empat unsur, yaitu subyek hukum, obyek hukum, hubungan hukum yang mengikat pihak lain dengan kewajiban, dan perlindungan hukum.¹⁵ Dengan demikian hak pada hakekatnya merupakan hubungan antara subyek hukum dengan obyek hukum atau subyek hukum dengan subyek hukum lain yang dilindungi oleh hukum dan menimbulkan kewajiban.

Antara hak dan kewajiban terdapat hubungan yang sangat erat, yang satu mencerminkan adanya yang lain. Dikatakan bahwa si A mempunyai suatu kewajiban untuk melakukan sesuatu, apabila perbuatan si A ditujukan kepada orang tertentu, yaitu si B. Dengan melakukan suatu perbuatan yang ditujukan kepada B itu, A telah menjalankan kewajibannya. Sebaliknya karena adanya kewajiban kepada B yang bisa diterapkannya terhadap B, yaitu berupa tuntutan untuk melaksanakan kewajibannya itu.²³

Pengertian ganti rugi yang digunakan dalam kehidupan sehari-hari adalah menukar sesuatu yang tidak ada atau hilang atau rusak, untuk memulihkan atau memperbaiki kerugian orang atau pihak lain untuk kembali seperti dalam keadaan semula. Sedangkan kerugian dalam arti kehidupan kata sehari-hari seperti yang sering kita dengar adalah :

- a. Sesuatu yang dianggap sebagai rugi misal kerugian,
- b. Menderita rugi, kekurangan dari modal ;
- c. Sama dengan "ganti rugi" (nempuhi).²⁴

Tuntutan ganti rugi pada umumnya didasarkan pada perbuatan yang dapat digolongkan dalam wanprestasi, perbuatan melanggar hukum ("onrecht matige daad") atau wanprestasi sekaligus perbuatan melanggar hukum. Untuk mengetahui apakah sesuatu perbuatan merupakan wanprestasi atau perbuatan melanggar hukum, yang perlu diketahui lebih dahulu adalah unsur pokok dalam perbuatan tersebut.

Dikatakan suatu perbuatan melanggar hukum, bila terjadinya perbuatan tersebut tidak didasarkan pada kontrak yang diadakan lebih dahulu yang dibuat oleh para pihak, dan dikatakan suatu perbuatan merupakan wanprestasi, bila terjadinya perbuatan tersebut didahului oleh adanya kontrak antara para pihak.

Kerugian menurut hukum perdata barat adalah :

- a. Kerugian yang bersifat material, berupa pengurangan harta kekayaan seseorang,
- b. Kerugian yang bersifat immaterial, berupa pengurangan rasa kepuasan seseorang.²⁵

Adapun besarnya ganti rugi tergantung pada besar kecilnya kerugian yang ditimbulkannya oleh perbuatan melanggar hukum atau wanprestasi, namun hakim berwenang untuk menetapkan beberapa alternatif jumlah/besarnya ganti rugi yang harus dibayar tersebut. Kewenangan hakim, dapat dikaji dari yurisprudensi Mahkamah Agung, dalam putusannya tanggal 23 Mei 1970 Nomor. 610K/Sip/1968, yang memuat pertimbangan antara lain,

" Meskipun tuntutan ganti rugi kerugian jumlahnya dianggap tidak pantas, sedang penggugat mutlak menuntut sejumlah itu, hakim berwenang untuk menetapkan berapa yang harus dibayar, hal ini tidak melanggar pasal 178 (3) RIB (ex aequa et bono) ".²⁶

Mengenai wujud ganti rugi dapat berupa,

- a. Uang yang meliputi juga,
- b. Pengembalian pada keadaan semula.²⁷

Sedangkan KUH Perdata tidak membatasi bahwa wujud ganti rugi harus berupa uang. Oleh karena itu hakim bebas untuk memilih bentuk ganti rugi yang dianggap pantas dalam perkara yang dihadapi, dengan memperhatikan semua faktor yang ada sesuai dengan rasa keadilan.

1.5. Metode Penelitian

A. Tipe Penelitian

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian hukum normatif atau penelitian hukum dogmatik yang berupa usaha untuk menemukan hukum yang sesuai dengan permasalahan yang diteliti.

B. Pendekatan masalah dalam penelitian ini adalah yuridis normatif oleh karena itu macam datanya adalah dokumen yang berupa bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder.

1. Bahan Hukum primer yang digunakan adalah

- a. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
- b. Undang-Undang No 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera (LN tahun 1992 nomor 35, TLN nomor 3475).
- c. Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (LN tahun 1992 nomor 100, TLN nomor 3495).

d. Peraturan Pemerintah R.I No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.

e. Peraturan Menteri Kesehatan R.I No. 372/Menkes/1996 tentang Registrasi dan Praktek Bidan.

2. Bahan Hukum Sekunder

a. Tulisan-tulisan ilmiah yang berisi ajaran / Doktrin ilmu hukum.

b. Hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh para peneliti.

c. Hasil Seminar / Lokakarya / Simposium.

C. Teknik Pengumpulan Bahan Hukum

Pengumpulan bahan hukum dilakukan melalui studi Kepustakaan dan Inventarisasi peraturan perundang-undangan mengenai KB dengan proses identifikasi secara kritis analitis berdasarkan pokok/tema persoalan dengan sistim kartu yang terdiri dari kartu sitasi dan kartu analisis. Kartu Sitasi digunakan untuk mencatat kutipan-kutipan yang dikumpulkan dari bahan-bahan hukum tersebut di atas. Kartu analisis digunakan untuk menganalisis isyu-isyu hukum dari pokok masalah yang diteliti.

D. Teknik Analisis

Setelah bahan hukum tersebut dikumpulkan

kemudian dianalisis secara diskriptif dengan cara:

- a. Menyeleksi dan Mensistematisasikan dokumen-dokumen tersebut berdasarkan relevansinya dengan pokok masalah.
- b. Menyusun sistematika dari pasal-pasal peraturan hukum tersebut sehingga menghasilkan klasifikasi tertentu yang sesuai dengan pokok masalah.
- c. Mencari pemecahan masalah dengan cara menemukan hukum positif yang dapat diterapkan pada permasalahan tersebut. Apabila hukum positif ini belum jelas maka digunakan metode Interpretasi hukum dan teori-teori dalam ilmu hukum.

1.6. Sistematika penulisan

Sistematika penulisan tesis dibagi dalam 4 (empat) bab yang disusun berdasarkan urutan pemikiran dalam memecahkan permasalahan yang diajukan.

Bab I merupakan pendahuluan yang akan menguraikan tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian umum dan khusus, tinjauan pustaka dan metode penelitian yang digunakan untuk memecahkan masalah yang kemudian dilanjutkan dengan

sistematika penulisan tesis.

Bab II akan diuraikan siapa saja subjek hukum yang terlibat dalam pelayanan program Keluarga Berencana, hubungan hukum yang terjadi antara dokter atau badan dengan peserta KB dalam pelaksanaan pelayanan program KB, yang dilanjutkan dengan pembahasan mengenai hak dan kewajiban subjek hukum dalam pelaksanaan pelayanan program Keluarga Berencana.

Bab III menguraikan tentang bagaimana ganti rugi dalam KUHPerdara, Bagaimana ganti rugi dalam pelaksanaan pelayanan program KB, kemudian akan dilanjutkan dengan permasalahan mengenai upaya untuk mendapatkan hak atas ganti rugi bagi peserta KB yang dirugikan, Diuraikan juga mengenai tatacara atau prosedur yang ditempuh peserta program KB yang dirugikan untuk mendapatkan ganti rugi oleh BKKBN.

Bab IV merupakan bab penutup yang berisi kesimpulan dan saran dalam memecahkan masalah yang berkaitan dengan hak peserta atas ganti rugi dalam program KB.

- 1 Sudikno Mirtokusumo, Mengenal Hukum, Liberty, Yogyakarta, 1991, h. 39;
- 2 Periksa pasal 1 ayat 2 UU No. 10 Th. 1992 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera;
- 3 Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, Hukum, Dinamika Kependudukan dan Lingkungan Hidup, Makalah, Kursus Dasar-Dasar Analisis mengenai Dampak Lingkungan, KMN, KLH, PPKL, LEMLIT, Unair, Surabaya, 28 Juni s/d 4 Juli 1988, h. 7;
- 4 Ibid, h. 7;
- 5 Bandingkan dengan, Rebecca J. Cook, "Formulating Population Policy A Legal Approach" dalam LAWASIA Jurnal, V. 4, 1973, h. 86;
- 6 Sembiring, Demografi, Fakultas Pascasarjana IKIP Jakarta, Bekerjasama dengan BKKB, Jakarta, 1985, h. 152;
- 7 BKKBN, Informasi Dasar Program Kependudukan Keluarga Berencana, biro data kependudukan, Jakarta 2982, h. 21;
- 8 Ibid, h. 22;
- 9 Periksa Ketetapan MPR Nomor II Tahun 1988 Tentang GBHN, pada Sektor Kependudukan dan Keluarga Berencana;
- 10 Periksa pasal 1 angka 12 pada UU No. 10 Th. 1992 Tentang Undang-Undang Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera;
- 11 Periksa, dalam penjelasan pasal 13 UU No. 23 Th. 1992 Tentang Undang-Undang Kesehatan;
- 12 Periksa, pasal 20 UU No. 10 Th. 1992 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera;
- 13 Periksa, pasal 55 UU No. 23 Th. 1992 Tentang Kesehatan;
- 14 ELSAM, Atas Nama Pembangunan, ELSAM, Jakarta, 1995, h. 134;
- 15 Hermien Hadiati Koeswadji, Op.cit, h. 3;

- 16 Amara Raksasatnya, Dalam Bintoro Cokroamidjoyo, "Analisa kebijaksanaan dalam Proses Perencanaan Pembangunan Nasional", Majalah Administrator No.3, 1976, h. 5;
- 17 Periksa TAP MPR No. II Tahun 1988, Tentang GBHN, Bidang Pembangunan KB, huruf D;
- 18 BKKBN, Data Kependudukan dan Keluarga Berencana No.3 Th.1, Jakarta, 1980, h. 1-2;
- 19 Husein Muslimin, Hubungan Fungsional Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 dengan Undang-Undang lain Terkait Dalam Rangka Upaya Peningkatan Kesejahteraan Keluarga, Tesis Program Magister Ilmu Hukum, Program Pasca-sarjana, UNAIR, 1995, h. 22;
- 20 Sudikno Mertokusumo, Op.cit., h. 41;
- 21 Lili Rasjidi, Filsafat Hukum, Remaja Rosdakarya, Bandung, 1993, h. 68;
- 22 Satjipto Rahardjo, Ilmu Hukum, Citra Aditya Bakti, Bandung, 1991, h. 54;
- 23 Ibid;
- 24 W.J.S. Poerwadarminta, Kamus Bahasa Indonesia, Balai Pustaka, Jakarta, h. 835;
- 25 Silvia, Aspek Hukum Perdata dalam Hubungan Dokter-Pasien, Laporan Hasil Penelitian, UNMER Malang, 1990, h. 59;
- 26 Yurisprudensi Indonesia, Mahkamah Agung RI, Terbitan II/1970, Chidir Ali, Yurisprudensi Tentang Perbuatan Melawan Hukum, h. 21;
- 27 Silvia, Op.cit, h. 60;

BAB II
SUBJEK HUKUM
ATAS PELAYANAN KONTRASEPSI
DALAM PELAKSANAAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA

2.1. Subjek Hukum Dalam Pelaksanaan Pelayanan Program Keluarga Berencana

Sebagaimana disampaikan dalam Bab pendahuluan, KB merupakan istilah lain yang digunakan untuk kontrasepsi karena pendekatan-pendekatan yang digunakan dalam pelaksanaan pelayanan program KB berakibat membatasi jumlah kelahiran. Pelaksanaan pelayanan program KB dilaksanakan oleh BKKBN bekerja sama dengan semua instansi terkait, untuk BKKBN bertugas menyiapkan tenaga-tenaga profesional untuk melaksanakan tugas tersebut yaitu yang disebut dengan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (selanjutnya disingkat PLKB).

Sesuai dengan pengertian yang digunakan dalam Surat Edaran bersama kepala BKKBN dan Kepala BAKN Nomor : 20/SE/1988, Nomor: 4635/OT-101/H.1/1988 tanggal 15 Agustus 1988, menyatakan bahwa Penyuluh KB/PLKB adalah pegawai negeri sipil yang diberi tugas melakukan kegiatan penyuluhan KB secara penuh oleh pejabat yang berwenang pada satuan organisasi BKKBN. Dengan kata lain, PLKB adalah petugas khusus BKKBN yang bergerak untuk

menghubungi, mengajak dan membina masyarakat secara perorangan, agar mereka ikut secara nyata dalam program KB.¹

Dalam melaksanakan tugasnya PLKB mempunyai fungsi antara lain :

1. Fungsi Umum

PLKB sebagai seorang pengelola program KB di wilayah kerjanya memiliki fungsi sebagai perencana, yang harus mampu menggerakkan pemikiran-pemikiran konsepsional ke dalam kegiatan operasional, untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program KB, baik sebagai akseptor, pelaksana dan pengelola, di samping itu juga sebagai seorang administrator yang harus dapat mengatur dan mengaitkan kegiatan-kegiatan yang ada, guna mencapai tujuan program KB secara efektif dan efisien, sebagai seorang pemimpin PLKB harus mampu menggerakkan seluruh institusi dan masyarakat dalam untuk mengambil peran seperti yang diharapkan dari keberhasilan program KB.

2. Fungsi Khusus

- a. Fungsi PLKB pada kegiatan KIE;
- b. Fungsi PLKB dalam pelayanan kontrasepsi;
- c. Fungsi PLKB dalam pelayanan pendidikan KB;
4. Fungsi PLKB dalam pembinaan institusi;
5. Fungsi PLKB dalam pemantapan pembudayaan program KB.²

Di dalam menjalankan fungsi khususnya yaitu fungsi pelayanan kontrasepsi, PLKB melakukan hubungan koordinasi dengan departemen kesehatan untuk minta bantuan tenaga kesehatan melakukan upaya tertentu untuk mendukung kegiatan pelayanan kontrasepsi yang meliputi, pemberian informasi kepada pemakai atau pengguna alat kontrasepsi (akseptor KB), penggunaan alat-alat kontrasepsi yang tepat

dan baik, melakukan pemasangan alat kontrasepsi, melakukan pemeriksaan sekaligus melakukan pemeliharaan.

Dalam penelitian ini, difokuskan pada hubungan hukum antara Tenaga Kesehatan dan akseptor KB berkaitan dengan pelayanan kontrasepsi, pemfokusan ini dimaksudkan untuk membatasi lingkup permasalahan yang diajukan.

Di dalam pasal 50 UU No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan menyebutkan :

- (1) Tenaga Kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan Tenaga Kesehatan yang bersangkutan;
- (2) Ketentuan mengenai kategori, jenis dan kualifikasi Tenaga Kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.³

Sedangkan yang dimaksud dengan Tenaga Kesehatan sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Pemerintah R.I. nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan dalam pasal 1, setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Dalam pasal 2 nya mengatur jenis Tenaga Kesehatan yang terdiri dari :

1. Tenaga medis, meliputi dokter dan dokter gigi;
2. Tenaga keperawatan, meliputi perawat dan bidan;
3. Tenaga kefarmasian, meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker;
4. Tenaga kesehatan masyarakat, meliputi epidemiolog

- kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian;
5. Tenaga gizi, meliputi nutrisisionis dan dietisien;
 6. Tenaga keterampilan, meliputi fisioterapis, okupasi-terapis dan terapis wicara;
 7. Tenaga keteknisian medis, meliputi radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi tranfusi dan perekam medik.⁴

Tenaga Kesehatan yang berwenang untuk melakukan pelayanan kontrasepsi dalam program KB adalah dokter dan bidan yang diatur dalam Instruksi bersama Menteri Kesehatan R.I. dan Kepala BKKBN No. 346/Menkes/Inst/VI/1983 dan No. 296/HK-011/E3/1983 tentang Intensifikasi Pelaksanaan Program Kependudukan dan KB, dan dalam Peraturan Menteri Kesehatan R.I. No. 363/Menkes/Per/IX/1980 tentang Wewenang Bidan yang diperbarui dalam Peraturan Menteri Kesehatan R.I. No. 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Registrasi dan Prektek Bidan.

Di dalam Peraturan Menteri Kesehatan R.I. No. 363/Men.Kes/Per/IX/1980 tentang Wewenang Bidan, pasal 3 ayat 1 bagian ke 3 menyebutkan bahwa : Seseorang bidan diberi wewenang khusus dan di bawah pengawasan seorang dokter untuk melakukan pertolongan masa nifas yang meliputi :

- a. Pemberian antibiotika pada infeksi baik yang dimakan maupun yang diminum;
- b. Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR);
- c. Pemberian kontrasepsi suntikan.⁵

Di samping itu disebutkan pula dalam pasal 3 ayat 2: bahwa dalam melakukan pekerjaan yang dimaksud ayat 1 pasal 3 tersebut, tanggung jawab berada pada dokter yang mengawasinya. Pasal 4 menyebutkan bahwa Bidan dalam melakukan pekerjaan yang dimaksud ayat 1 pasal 3 harus berdasarkan wewenang yang diberikan oleh dokter, kecuali dalam keadaan darurat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat 1 pasal 6.

Pasal 6 menyebutkan tentang keadaan darurat yakni :

1. Bidan diberi wewenang untuk melakukan tindakan pertolongan yang dianggap perlu untuk membantu menyelamatkan penderita atas tanggung jawab sendiri;
2. Segera setelah melakukan tindakan darurat tersebut bidan diwajibkan membuat laporan ke Pusat Kesehatan Masyarakat Wilayah setempat.⁶

Dari ketentuan-ketentuan tersebut jelas bahwa yang berwenang untuk melakukan kontrasepsi dalam pelaksanaan program KB adalah seorang dokter dan bidan yang mendapatkan pelatihan khusus dan yang atas 2 (dua) tindakannya menurut pasal 6 itu di bawah pengawasan seorang dokter, sehingga seorang bidan yang melakukan kontrasepsi dalam program KB bagi akseptornya tidak terlepas dari pengawasan dokter, dan dokter bertanggung jawab atas tindakan bidan yang di bawah pengawasannya.

Dalam perkembangan selanjutnya wewenang bidan di dalam menjalankan fungsinya membantu program pemerintah

untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana bersifat mandiri. Hal ini telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor. 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Registrasi dan Praktek Bidan. Pasal 22 Permenkes R.I. No. 572 Th. 1996 tersebut menyebutkan bahwa,

Bidan dalam menjalankan prakteknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- a. Pelayanan kebidanan;
- b. Pelayanan keluarga berencana;
- c. Pelayanan kesehatan masyarakat.⁷

Kemudian dalam pasal 27 menyebutkan bahwa pelayanan kebidanan dalam rangka pelaksanaan program keluarga berencana, bidan berwenang untuk :

- a. Memberikan obat dan alat kontrasepsi melalui oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim, alat kontrasepsi bawah kulit, kondom dan tablet vaginal serta tissue vaginal;
- b. Memberikan pelayanan efek samping pemakaian kontrasepsi;
- c. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim letak normal;
- d. Melakukan pencabutan AKBK tanpa penyulit.⁸

Di dalam melaksanakan praktek bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan (pasal 32 Permenkes No.572 th. 1996).

Dengan demikian atas tindakan bidan yang menjalankan fungsinya dalam pelayanan pelaksanaan program KB tidak bertanggung jawab kepada dokter, akan tetapi cukup dengan

pencatatan dan pelaporan kepada pembina dan pengawas yaitu Puskesmas, Dinas kesehatan, Kantor Wilayah Departemen Kesehatan sampai Direktorat Jendral, sebagaimana yang diatur dalam pasal 33 Permenkes R.I. tersebut.

2.2. Hubungan Hukum Antara Akseptor Program KB Dengan Tenaga Kesehatan Dalam Pelayanan Pelaksanaan Program Keluarga Berencana

Hubungan hukum merupakan hubungan antara subyek hukum dengan subyek hukum lainnya, atau hubungan subyek hukum dengan objek hukumnya, yang diatur oleh aturan hukum sehingga menimbulkan akibat hukum.⁹

Setelah PLKB memberikan informasi dan penjelasan mengenai isi, manfaat dan tujuan dari program KB kepada peserta program KB, selanjutnya pelayanan program KB dilakukan oleh Tenaga Kesehatan yang berwenang, dan peserta program KB menjadi akseptor program KB (selanjutnya disebut akseptor KB).

Hubungan antara akseptor KB dengan Tenaga Kesehatan dalam pelayanan KB dimulai sejak adanya penawaran umum yang biasa disebut dengan "Openbaar aanbod" melalui papan nama dan pengumuman yang dipasang di tempat praktek dokter dan bidan, rumah sakit, puskesmas dan di klinik-klinik KB. Apabila setelah itu calon akseptor KB datang ke tempat yang ada penawaran umum tersebut untuk menerima pelayanan pelaksanaan program KB yang sesuai dengan pilihannya dan

yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan tersebut.

Sejak saat itu antara Tenaga Kesehatan yang melakukan pelayanan pelaksanaan program KB dengan para akseptor KB telah terjadi persesuaian kehendak secara diam-diam, walaupun tidak dibuat secara tertulis, namun persesuaian kehendak secara diam-diam tersebut atau lazim disebut "sepakat", tetap mengikat para pihak yang membuatnya sebagai undang-undang. Atau dengan terjadinya sepakat berlakulah asas Pacta sunt servanda, asal sepakat atau persesuaian kehendak itu dibuat secara sah dan dilakukan dengan itikad baik .

Inti dari hubungan antara Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan program KB dengan para akseptor KB bertolak dari kepercayaan. Akseptor KB mempercayakan pelaksanaan pelayanan, baik perawatan maupun pengobatan demi kesehatannya kepada dokter atau bidan yang menanganinya, yang pada umumnya dokter atau bidan yang menangani dan akseptor KB tidak sadar bahwa antara mereka terjadi hubungan hukum.

Dalam menjelaskan hubungan hukum yang terjadi perlu dilakukan konstruksi hubungan untuk menentukan jenis/macam perjanjian yang telah disepakati oleh dokter atau bidan dengan akseptor KB dalam memberikan pelayanan pelaksanaan program KB. Konstruksi ini merupakan proses yang terdiri dari tahapan-tahapan yang berupa prestasi pelayanan pelaksanaan program KB yang erat kaitannya dengan

persetujuan tindakan medis tertentu yang akan dilakukan dan standar pelaksanaan profesi yang harus dipatuhi dalam menentukan upaya hukum selanjutnya yang perlu bagi akseptor KB, apabila terjadi akibat yang merugikan dalam pelayann pelaksanaan program KB.

Dalam kaitannya dengan rekonstruksi hubungan hukum antara dokter atau bidan dengan akseptor KB dalam pelayanan pelaksanaan program KB, akan diambil sebagai contoh konkrit pelayanan dan pemasangan alat kontrasepsi IUD yang merupakan salah satu dari alat yang digunakan dalam pelaksanaan program KB. Alat kontrasepsi IUD ini mempunyai efek samping lebih dibandingkan alat kontrasepsi yang lain. Di samping itu Tenaga Kesehatan yang diberi kewenangan adalah dokter dan bidan. Sedangkan permasalahan utama dari penggunaan IUD ialah :

- a. Bertambahnya jumlah darah haid atau "spotting";
- b. Ekspulsi segera setelah pemasangan;
- c. Meningginya frekuensi infeksi daerah panggul;
- d. Kehamilan yang tidak diinginkan mungkin dapat berupa kehamilan ektopik ataupun menyebabkan abortus midtri-mester dengan sepsis yang lebih tinggi dari pada wanita yang tidak menggunakan IUD;
- e. Perforasi.¹⁰

Ada 3 (tiga) tahapan yang harus dilakukan oleh dokter atau bidan yang memberikan pelayanan kontrasepsi IUD bagi akseptor KB, yaitu :¹¹

a. Prestasi sebelum pemasangan

Prestasi ini meliputi, pemberian informasi yang

berkaitan dengan pemasangan IUD sampai akseptor KB merasa mantap dan bulat keyakinannya, keunggulan IUD, kelemahan IUD, persetujuan suami, pemberitahuan kepada akseptor KB sebelum pemasangan akan dilakukan beberapa pemeriksaan dan lain-lain yang berhubungan dengan pemasangan. Langkah selanjutnya ialah Tenaga Kesehatan melakukan wawancara dengan akseptor KB untuk mengetahui, tanggal haid terakhir, jumlah anak, usia anak yang paling kecil, dalam keadaan hamil atau tidak dan sebagainya. Upaya yang dilakukan ini dimaksudkan untuk menentukan terapi yang tepat.

Adapun pemeriksaan yang dilakukan meliputi hal-hal di antaranya,

- Pemeriksaan pandang,
- Pemeriksaan raba,
- Pemeriksaan dada,
- Pemeriksaan tensi,
- Kalau perlu laboratorium.

Dari hasil pemeriksaan ini akan diketahui beberapa kontra indikasi dari seseorang calon akseptor KB, dan pada tahap pemeriksaan ini pula yang menentukan berhasil tidaknya pemasangan IUD bagi akseptor KB.

Kontra indikasi dari hasil pemeriksaan berakibat tidak diperkenankannya atau tidak boleh dilakukannya pemasangan IUD, yaitu apabila,

- a. Pada pemeriksaan luar terdapat mulut rahim membesar;
- b. pada pemeriksaan dalam banyak mengeluarkan darah putih dan terdapat bercak bercak putih dalam mulut rahim;
- c. Pada pemeriksaan luar terlihat mulut rahim kebiru-biruan;
- d. Adanya benjolan, tumor dan tidak diperkenankan memasang dalam kondisi hamil atau ada infeksi organ dalam panggul.

Setelah dilakukan beberapa pemeriksaan terhadap calon akseptor KB dan tidak ada kontra indikasi, baru dokter atau bidan dapat melakukan pemasangan IUD.

b. Prestasi saat pemasangan,

Prestasi ini berupa pelayanan dan perlakuan yang harus didasarkan kepada standar profesi, yaitu yang berupa memberikan perlakuan kepada akseptor KB secara harmonis dan kekeluargaan, menjaga sterilisasi baik alat-alat maupun perlengkapan yang digunakan untuk pemasangan alat kontrasepsi tersebut, dan dilakukan dengan teliti dan tidak ceroboh.

Setelah pemasangan berlangsung, pada saat itu pula akseptor KB diberi informasi mengenai

- Kapan akseptor KB harus kembali,
- Akibat yang akan timbul setelah pemasangan,
- Larangan larangan yang tidak boleh dilakukan oleh

akseptor KB.

Akseptor KB harus kembali untuk kontrol dan melakukan pemeriksaan ulang

- a. 1 (satu) minggu setelah pemasangan, dan
- b. 1 (satu) bulan setelah pemasangan;
- c. Pemeriksaan ulang 3 (tiga) bulan setelah pemasangan;
- d. dan seterusnya, kapan saja pada saat akseptor KB mengalami keluhan-keluhan.

Setelah pemasangan harus di informasikan kepada akseptor KB bahwa ia akan mengeluarkan darah sedikit kental dan keputih-putihan yang disebut dengan "blud streeck" dan di samping itu akan merasa mual dan nyeri. Ini semua muncul setelah 2 (dua) atau 3 (tiga) hari setelah pemasangan dan yang merupakan gejala biasa dan bisa diobati dengan pemberian obat antalgin untuk menghilangkan rasa nyeri dan mual. Di samping itu juga larangan bagi pemakai IUD untuk melakukan atau mengurut, memijat-mijat perut karena akan berakibat fatal bagi akseptor KB itu sendiri.

c. Prestasi setelah pemasangan

Prestasi setelah pemasangan semata-mata dilakukan untuk keperluan pemantauan seberapa jauh efek dari pemasangan IUD. Hal ini dapat dilakukan atau dapat diwujudkan pada saat akseptor KB melakukan kontrol

sebagaimana anjuran yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan bagi akseptornya. Prestasi dari Tenaga Kesehatan semata-mata berupa perawatan, pengobatan dan memberikan konseling yang dirasakan perlu bagi akseptor KB.

Dari beberapa prestasi yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan program KB yang diberikan kepada para akseptor KB, dapat dilihat dengan jelas melihat ada tidaknya unsur-unsur kesalahan atau kelalaian, sehingga dengan demikian dapat dikatakan apakah Tenaga Kesehatan telah melakukan wanprestasi atau perbuatan melanggar hukum.

Hubungan hukum antara dokter atau bidan dalam pelayanan pelaksanaan program KB dengan para akseptor KB bila dikaji dari segi hukum perdata dapat digunakan sebagai dasar hukumnya ialah Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (disingkat KUHPerdata) khususnya buku ke III tentang perikatan pada umumnya. Khususnya untuk persesuaian kehendak tersebut oleh KUHPerdata diatur dalam pasal 1313 yang menyebutkan, "adalah suatu perbuatan yang mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih", sedangkan untuk sahnya perjanjian itu diperlukan syarat-syarat seperti telah diatur dalam pasal 1320 KUHPerdata yang antara lain menyebutkan,

1. Adanya kata sepakat dari mereka yang mengikatkan dirinya;

2. Kecakapan untuk membuat perjanjian;
3. Mengenai suatu hal tertentu;
4. Merupakan suatu causa yang sah.¹²

Berdasarkan pasal 1338 KUHPerdara, semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi para tokoh yang membuatnya.

Dalam hukum perjanjian berlaku asas konsensualitas yaitu, perjanjian dan perikatan itu timbul atau lahir sejak saat tercapainya kesepakatan atau persesuaian kehendak. Sedangkan macamnya perjanjian terdiri dari,

1. Resultaatverbintenis yaitu, perjanjian untuk menghasilkan sesuatu sehingga secara tegas telah disepakati bersama;
2. Inspanningsverbintenis yaitu, perjanjian yang menyebabkan kepada pihak satu untuk berdaya upaya secara maksimal untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh pihak yang lain, namun tidak disyaratkan hasilnya.¹³

Perjanjian antara dokter atau bidan dalam pelayanan pelaksanaan program KB dengan akseptor KB merupakan perjanjian terapeutik, yaitu suatu bentuk perjanjian yang obyeknya berupa pelayanan kesehatan atau upaya maksimal untuk mencari beberapa alternatif terapi dalam rangka penyembuhan dan yang dikategorikan ke dalam perjanjian inspanningsverbintenis.

Dalam mencapai persesuaian kehendak tersebut masing-masing pihak dibebani dengan kewajiban-kewajiban untuk memenuhi prestasi sesuai dengan sesuatu yang telah disepakatinya di samping itu juga mempunyai hak agar

segala sesuatu yang telah disepakati itu dipenuhi secara optimal. Dalam hal persesuaian kehendak yang disepakati secara diam-diam tersebut mengandung hak-hak akseptor KB di satu pihak dan di pihak lain mengandung kewajiban bagi dokter atau bidan dalam pelayanan pelaksanaan program KB, berlaku secara timbal balik. Apabila hak pihak yang satu bertentangan dengan atau mengganggu hak pihak yang lain, maka hukum berkewajiban untuk mengaturnya.

2.3. Kewajiban dan Hak Tenaga Kesehatan Dalam Pelaksanaan Pelayanan Program Keluarga Berencana

Kewajiban Tenaga Kesehatan khususnya dalam hal ini dokter dan bidan menurut Fred Ameln dibedakan dalam 3 (tiga) kelompok, yaitu antara lain :

- a. Kewajiban yang berhubungan dengan fungsi sosial dari pemeliharaan kesehatan ("health care"). Dalam melakukan kewajiban ini dokter atau bidan harus selalu memperhitungkan faktor kepentingan masyarakat seperti misalnya mempertimbangkan untuk tidak menulis resep untuk obat-obatan yang tidak begitu perlu.
- b. Kewajiban yang berhubungan dengan hak-hak pasien yang dalam hal ini termasuk akseptor KB merupakan kewajiban dokter atau bidan untuk memperhatikan dan menghormati hak-hak pasien, seperti misalnya memberikan informasi kepada akseptor tentang cara kerja dari penggunaan suatu alat kontrasepsi tertentu.
- c. Kewajiban yang berhubungan dengan standar profesi medis (kedokteran). Adapun mengenai standar profesi kedokteran ini menurut H.J.J. Leenen ialah sesuai dengan standar profesi medis yang dilakukan secara teliti dan hati-hati sesuai dengan standar medis, sebagai seorang dokter atau bidan yang memiliki kemampuan rata-rata ("Aferace") bila dibandingkan dengan dokter atau bidan dari kategori keahlian medis yang sama dan dalam situasi/kondisi yang sama

dengan sarana dan fasilitas yang sama untuk mencapai tujuan konkret dari tindakan medis tersebut.¹⁴

Dapat ditambahkan bahwa mengenai kewajiban bidan di dalam menjalankan profesinya, sebagaimana yang diatur dalam pasal 30 Permenkes R.I. No. 572 Th. 1996, menyebutkan bahwa,

- (1) Bidan dalam menjalankan praktek harus sesuai dengan kewenangan yang diberikan berdasarkan pendidikan dan pengalaman dalam memberikan pelayanan berdasarkan standar profesi;
- (2) Di samping ketentuan tersebut , juga dalam ayat 10 dinyatakan bahwa bidan dalam melaksanakan praktek sesuai dengan kewenangannya harus,
 - a. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani;
 - b. Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Meminta persetujuan atas tindakan medis tertentu yang akan dilakukan;
 - d. Memberikan informasi;
 - e. Melakukan rekam medik yang baik.

Selanjutnya di dalam pasal 21 menyebutkan bahwa,

- (1) Bidan dalam menjalankan praktek perorangan harus memenuhi standar profesi dan mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (2) Bidan dalam menjalankan praktek perorangan harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya kesehatan

ibu dan anak serta keluarga berencana.

Hak dari Tenaga Kesehatan dokter dan bidan dalam pelayanan pelaksanaan program KB menurut Fred Ameln adalah,

1. Hak untuk bekerja menurut standar profesi;
2. Hak menolak pelaksanaan tindakan medis tertentu yang ia tidak dapat mempertanggung jawabkan secara profesional;
3. Hak untuk menolak suatu tindakan medis tertentu yang menurut suara hatinya tidak baik;
4. Hak untuk mengakiri hubungan dengan seorang pasien jika ia menilai kerjasama antara dia dengan pasien (termasuk akseptor KB) sudah tidak ada lagi gunanya;
5. Hak atas "Privacy" dokter dan bidan;
6. Hak atas itikat baik;
7. Hak atas balas jasa ;
8. Hak atas "fair play" ;
9. Hak untuk membela diri;
10. Hak untuk memilih pasien;
11. Hak menolak untuk memberikan keterangan tentang pasien di pengadilan.¹⁵

2.3.A. Kewajiban Bagi Akseptor Program Keluarga Berencana

Kewajiban pasien (dalam tulisan ini termasuk akseptor KB) menurut Fred Ameln, adalah,

- a. Kewajiban untuk memberikan informasi kepada Tenaga Kesehatan dokter dan bidan secara jujur, sehingga dokter dan bidan mempunyai bahan yang cukup untuk mengadakan analisa tentang beberapa keluhan yang dialami;
- b. Kewajiban untuk melakukan perintah dokter atau bidan dalam rangka perawatan dan pengobatan;
- c. Kewajiban untuk memberikan atau menghormati "privacy" dokter dan bidan;
- e. Kewajiban untuk memberikan imbalan jasa kepada dokter, dan bidan serta biaya-biaya lainnya;
- f. Kewajiban untuk mentaati peraturan intern rumah sakit.¹⁶

Hak akseptor KB dalam tulisan ini akan merupakan fokus dalam pembahasan dan analisisnya dengan menggunakan

pendekatan hukum perundang-undangan dan peraturan-peraturan mengenai kebijaksanaan.

2.3.B. Hak Akseptor Program Keluarga Berencana Dalam Peraturan Perundang Undangan dan Peraturan Mengenai Kebijaksanaan

Undang-Undang Dasar 1945 sebagai hukum dasar yang tertulis dan Pancasila sebagai pandangan hidup dan dasar falsafah bangsa Indonesia, memuat aturan pokok sebagai dasar bagi pemerintah untuk,

- a. Menyelenggarakan kehidupan negara (politik);
- b. Menyelenggarakan kesejahteraan sosial (ekonomi).¹⁷

Dalam pembukaan UUD45 alinea IV dirumuskan tentang tujuan negara yaitu : "Penyelenggaraan kesejahteraan sosial". Rumusan ini erat berkait dengan bidang kependudukan dan kesehatan. Demikian pula pasal 27 UUD 1945 yang menyatakan bahwa "tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan". Dengan demikian UUD 1945 merupakan dasar hukum untuk menyelenggarakan kependudukan dan kesehatan.

TAP MPR R.I. Nomor II/MPR/1993 tentang GBHN 1993 menentukan bahwa terhadap kebijaksanaan kependudukan menyebutkan bahwa,

"KB dimaksudkan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk dan pembangunan keluarga sejahtera diarahkan pada norma KKBS ". Sedangkan di bidang kesehatan disebutkan bahwa "Pembangunan kesehatan diarahkan pada peningkatan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, merata,

utamanya kesehatan ibu dan anak ".¹⁸

Kebijaksanaan kependudukan tersebut telah mendapatkan pengaturannya dalam bentuk undang-undang, yaitu Undang Undang nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera yang diundangkan pada tanggal 16 April 1992 dengan LN tahun 1992 No. 35, TLN Nomor 3475. Sedangkan kebijaksanaan di bidang kesehatan juga mendapatkan pengaturannya dalam bentuk undang-undang yaitu Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang diundangkan pada tanggal 17 September 1992 dengan Lembaran Negara tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495.

Bila hak-hak akseptor KB dalam program KB diinventarisir, dan yang selanjutnya telah mendapatkan pengaturannya dalam undang-undang yang ada tersusun sebagai berikut ;

A. Hak Akseptor KB untuk memilih macam instrumen/alat kontrasepsi,

Hak ini diatur dalam pasal 18 UU No. 10 Th. 1992 yang menyebutkan bahwa,

"Setiap pasangan suami isteri dapat menentukan pilihannya dalam merencanakan dan mengatur jumlah anak dan jarak antara kelahiran anak yang berlandaskan pada

kesadaran dan tanggung jawab terhadap generasi sekarang dan generasi mendatang".¹⁹

Selanjutnya menurut pasal 19 UU No.10 Th.1992 suami isteri mempunyai hak dan kewajiban yang sama serta kedudukan yang sederajat dalam menentukan cara pengaturan kelahiran.

Hak ini juga terdapat dalam pasal 16 (e) dari UU No. 7 Th. 1984 tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Wanita menjelaskan perlakuan atas dasar kesamaan tersebut, yakni "hak yang sama untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah dan penjarakan kelahiran mereka serta untuk memperoleh penerangan, pendidikan dan sarana-sarana untuk memungkinkan mereka menggunakan hak-hak ini". Ini erat terkait dengan pasal 13 UU No. 23 Th. 1992 tentang kesehatan yang memuat pengaturan kelahiran dalam rangka menciptakan keluarga yang sehat dan harmonis. Dalam penjelasan atas pasal tersebut disebutkan bahwa, pengaturan kelahiran merupakan suatu upaya bagi pasangan suami isteri untuk merencanakan jumlah ideal anak, jarak kelahiran anak, dan usia ideal perkawinan, serta usia ideal untuk melahirkan anaknya agar dapat hidup sehat.

Pembahasan mengenai hak untuk memilih cara pengaturan kelahiran juga terdapat dalam Peraturan Pemerintah R.I. Nomor 21 Tahun 1994 tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera yang dalam pasal 16

menyebutkan bahwa,

- (1) Pelaksanaan penundaan kehamilan, merencanakan jumlah dan jarak antara kelahiran anak dilakukan sendiri oleh pasangan suami-isteri atas dasar kesadaran dan kesukarelaan.
- (2) Pelaksanaan penundaan kehamilan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilakukan dengan menggunakan alat, obat dan/atau cara pengaturan kehamilan yang dapat diterima pasangan suami isteri sesuai dengan pilihannya.²⁰

Selanjutnya dalam penjelasannya disebutkan bahwa, penggunaan alat, obat, dan cara kontrasepsi yang dapat diterima pasangan suami-isteri sesuai pilihannya ini diartikan bahwa suami isteri mempunyai hak untuk menentukan pilihannya dalam menggunakan alat, obat dan cara kontrasepsi. Meskipun demikian dalam menggunakan alat, obat dan cara kontrasepsi itu sesuai dengan pilihannya masih perlu memperhatikan kesesuaiannya dengan kondisi kesehatan suami-isteri, agar tidak menimbulkan akibat yang tidak diharapkan bagi kesehatan.

B. Hak kesehatan keluarga,

Hak ini meliputi, hak atas pelayanan kesehatan, hak atas perawatan, dilakukan oleh Tenaga Kesehatan yang berwenang, tindakannya harus sesuai dengan standar profesi kesehatan, dan hak atas informasi. Hak ini terdapat dalam pasal 20 UU No. 10 Th. 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera yang menyebutkan bahwa,

- (1) Penggunaan alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan yang menimbulkan resiko terhadap kesehatan dilakukan atas petunjuk dan atau oleh Tenaga Kesehatan yang berwenang untuk itu.
- (2) Tata cara penggunaan sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 dilakukan menurut standar profesi kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.²¹

Sedangkan dalam Peraturan Pemerintah R.I. Nomor 21 Tahun 1994 tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera pasal 17 menyebutkan bahwa,

- (1) Penggunaan alat, obat dan cara pengaturan kehamilan dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi kesehatan serta mempertimbangkan nilai-nilai etik dan agama.
- (2) Penggunaan alat, obat dan cara pengaturan kehamilan yang menimbulkan resiko terhadap kesehatan hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Kesehatan yang berwenang berdasarkan standar profesi.²²

Dalam penjelasan dari pasal tersebut menyebutkan bahwa "Alat ,obat, dan cara pengaturan kehamilan yang dapat menimbulkan resiko bagi kesehatan terhadap pemakainnya adalah alat, obat dan cara pengaturan kehamilan yang langsung dapat mempengaruhi anatomi tubuh. Mengingat dalam pelaksanaan penggunaan alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan berkaitan erat dengan masalah kesehatan dan agar penggunaan alat, obat dan cara pengaturan kelahiran tersebut tidak menimbulkan bahaya bagi kesehatan, maka cara penggunaan atau metode pelaksanaan tersebut dilakukan atas petunjuk atau/atau oleh Tenaga Kesehatan. Yang dimaksud dengan Tenaga kesehatan di sini adalah sebagaimana yang dimaksud dalam peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, dan oleh

karenanya Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan kewenangannya itu harus tetap berlandaskan pada standar profesi kesehatan yang berlaku.

Atas tindakan medis tertentu yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan dalam pelaksanaan program KB tetap dilakukan sesuai dengan standar profesi kesehatan sebagaimana mestinya, yaitu sebagai mana tercantum dalam pasal 53 ayat 3 Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 yang menyebutkan bahwa "Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien (termasuk akseptor KB)". Dalam penjelasan pasal tersebut menyatakan bahwa yang dimaksud dengan standar profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik. Untuk hal ini, H.J.J. Leenen merumuskan tentang batasan pengertian standar profesi ialah

1. Tindakan medis tertentu harus hati-hati;
2. Sesuai dengan ukuran medis, unsur ukuran medis ini ditentukan oleh ilmu pengetahuan medis. Pengertian "ukuran medis" dapat dirumuskan sebagai suatu cara tindakan medis tertentu dalam suatu kasus konkret menurut suatu ukuran tertentu, ukuran mana didasarkan pada ilmu medis dan pengetahuan di bidang medis;
3. Sesuai dengan kemampuan rata-rata yang dimiliki oleh dokter pada umumnya dengan kategori keahlian medis yang sama;
4. Dalam kondisi yang sama;
5. Dengan sarana dan upaya yang wajar sesuai dengan tujuan konkret dari tindakan medis tersebut.²³

Tentang persetujuan tindakan medik ("Informed Consent") dalam pelayanan pelaksanaan program KB menurut

Peraturan Menteri Kesehatan R.I. No.585/Men.Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik, disebutkan bahwa yang dimaksudkan dengan "Informed consent" atau Persetujuan Tindakan Medik adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Dalam peraturan tersebut disebutkan bahwa setiap tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien harus diinformasikan terlebih dahulu kepada pasien yang bersangkutan, mengapa tindakan medik tersebut perlu dilakukan dan resiko apa yang dapat ditimbulkannya. Informasi yang disampaikan kepada pasien tersebut harus selengkap-lengkapnyanya, secara jujur dan benar, termasuk keuntungan serta kerugian dari tindakan medik tertentu yang akan dilakukan tersebut.

Namun di dalam pasal 14 Permenkes R.I. No. 585 Th. 1989 tersebut juga disebutkan bahwa tindakan medik yang harus dilaksanakan sesuai dengan program pemerintah yaitu dalam hal tindakan medik tersebut dilakukan untuk kepentingan masyarakat banyak tidak memerlukan persetujuan pasien atau keluarganya. Dengan demikian dokter atau bidan yang melakukan pelayanan pelaksanaan program KB yang merupakan program pemerintah serta untuk kepentingan rakyat banyak tidak memerlukan persetujuan dari akseptor

KB atau keluarganya.

Masalah yang timbul ialah, bagaimana halnya dalam hal pemasangan IUD yang dapat menimbulkan resiko yang tinggi bagi kesehatan seseorang ? Bagaimana pula dalam hal kontrasepsi mantap seperti Vasektomi dan tubektomi ? Kontrasepsi tersebut dilakukan melalui tindakan pembedahan, apakah "informed consent" tidak diperlukan ? Ketentuan tersebut jelas tidak mendukung asas yang dianut dalam program KB, yaitu untuk menciptakan keluarga yang bahagia dan sejahtera sejahtera, karena hak atas persetujuan tindakan medik tersebut mutlak harus ada untuk memberikan rasa aman dan perlindungan bagi akseptor KB.

C. Hak untuk mendapatkan ganti rugi

Bagi akseptor KB yang mengalami kegagalan dalam pelayanan pelaksanaan program KB berhak untuk mendapatkan ganti rugi. Hal ini dicantumkan dalam penjelasan terakhir dari pasal 20 ayat 1 dari pada UU No. 10 Th. 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera yang menyebutkan bahwa,

"Setiap orang memperoleh ganti kerugian akibat kelalaian atau kesalahan yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana". Dalam penjelasan atas pasal tersebut tidak disebutkan siapa yang bertanggung jawab atas ganti rugi, apakah Tenaga Kesehatan yang melalaikan pelayanan ataupun BKKBN selaku penanggung jawab program KB.²⁴

Bagi Tenaga Kesehatan yang melaksanakan program KB

tetap berlaku ketentuan-ketentuan di bidang kesehatan yang diatur dalam pasal 55 UU No. 23 Th. 1992 tentang Kesehatan, yang menyebutkan bahwa,

- (1) Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan,
- (2) Ganti rugi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilaksanakan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.²⁵

Selanjutnya dalam penjelasan pasal tersebut ayat (1) menyebutkan bahwa pemberian hak atas ganti rugi merupakan suatu upaya untuk memberikan perlindungan bagi setiap orang atas suatu akibat yang timbul, baik fisik maupun non fisik karena kesalahan atau kelalaian Tenaga Kesehatan. Perlindungan ini sangat penting karena akibat kelalaian atau kesalahan itu mungkin dapat menyebabkan kematian atau menimbulkan cacat yang permanen. Sedangkan yang dimaksud dengan kerugian fisik adalah hilangnya atau tidak berfungsinya seluruh atau sebagian organ tubuh, sedangkan yang dimaksud dengan kerugian non fisik berkaitan dengan martabat seseorang.

Hak atas ganti rugi bagi akseptor KB dalam pelaksanaan program KB ini akan merupakan fokus kajian dalam tesis ini, mengingat kesadaran hukum bagi akseptor KB terhadap hak ini masih belum memahami, baik mengenai pemahaman hak atas ganti rugi, maupun mengenai prosedur

untuk mendapatkannya, serta kepada siapa hak itu dapat dipertanggung jawabkan dan apakah ketentuan perundang-undangan atau peraturan kebijaksanaan yang menyangkut hak atas ganti rugi bagi akseptor KB dalam program KB sudah cukup mengayomi atau melindungi kepentingan para akseptornya ?

Catatan

- 1 Agustin Widjiastuti, "Penyuluhan Keluarga Berencana Dalam Kaitannya Dengan Perubahan Perilaku Warga Masyarakat Terhadap Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera", Tesis, Program Studi Magister Ilmu Hukum, PPS-UA 1996, h. 13;
- 2 Ibid., h.14;
- 3 Periksa pasal 50, UU No. 23 Th. 1992 tentang Kesehatan;
- 4 Periksa pasal 2 PP No. 32 Th. 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
- 5 Periksa pasal 3 ayat (1) angka 3, Permenkes, No.363 Th. 1980 tentang Wewenang Bidan;
- 6 Periksa pasal 6, Permenkes, No. 363 Th. 1980;
- 7 Periksa pasal 22, Permenkes, No. 572 Th. 1996 Tentang Registrasi dan Praktek Bidan;
- 8 Periksa pasal 27, Permenkes, No. 572 Th. 1996;
- 9 Wisnu Susanto, Kapita Selekta Pengantar Ilmu Hukum, Surabaya, 1993, h. 9;
- 10 Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran, Universitas Pajajaran Bandung, Teknik Keluarga Berencana, 1989, h. 27;
- 11 Joko Nur Sariono, Perlindungan Hukum Bagi Para Akseptor Keluarga Berencana (KB) Terhadap Akibat Yang Merugikan Atas Pemasangan Alat Kontrasepsi IUD, Laporan hasil penelitian, Th 1991, h. 70;
- 12 Periksa pasal 1320 KUHPerdara;
- 13 Bandingkan, Fred Ameln, Kapita Selekta Hukum Kedokteran, Grafikatama Jaya, Th. 1991, h. 42, Bandingkan pula Hermien Hadiati Koeswadji, Hukum dan Masalah Medik, Airlangga University Press, Th. 1984, h. 36;
- 14 Fred Ameln, Kapita Selekta Hukum Kedokteran, Grafikatama Jaya, Th. 1991, h. 64-65;

- 15 Ibid., h. 54;
- 16 Implementasi Hak dan Kewajiban Para Pihak dalam Perjanjian Menurut Hukum Perdata Terhadap Perjanjian Terapeutik Antara Dokter dan Pasien, Tesis, Program Studi Magister Ilmu Hukum, PPS-Unair, Th 1992, h. 16;
- 17 Ibid.;
- 18 Periksa TAP MPR R.I. No. II Th. 1993, tentang GBHN, bagian Pembangunan Kependudukan;
- 19 Periksa, pasal 18 UU No. 10 Th. 1992, tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera;
- 20 Periksa, pasal 16 PP. No. 21 Th. 1994, tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera;
- 21 Periksa, pasal 20 UU No. 10 Th. 1992, tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera;
- 22 Periksa, pasal 17 PP No. 21 Th. 1994;
- 23 Raphaella Diah Imaningrum Susanti, "Upaya Hukum Bagi Pasien Sehubungan Dengan Tindakan Medis", Tesis, Program Studi Magister Ilmu Hukum, Program Pasca-sarjana - Universitas Airlangga, Th. 1994, h. 43-44;
- 24 Periksa Penjelasan pasal 20 ayat (1), UU. No.10 Th.1992, tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera;
- 25 Periksa, pasal 55, UU. No. 23 Th 1992, tentang Kesehatan;

BAB III

GANTI RUGI ATAS PELAYANAN KONTRASEPSI DALAM PELAKSANAAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA

3.1. Ganti Rugi Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Sebagai dasar hukum segi keperdataan dalam pelaksanaan program KB menggunakan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, (selanjutnya disingkat KUHPerdata) sebagai terjemahan dari "Burgerlijk Wetboek", (Kitab Undang-Undang Hukum Sipil) sebuah kitab Undang-undang yang berasal dari jaman Belanda. Atas dasar ketentuan pasal 163 jo. pasal 131 Indische Staatsregeling (disingkat IS) membuka kemungkinan bagi golongan rakyat bukan Eropa untuk diterapkan Hukum Perdata Barat di Indonesia, maka KUHPerdata dinyatakan berlaku juga bagi golongan rakyat lain selain golongan rakyat Eropa.¹

Tuntutan ganti rugi dalam KUHPerdata dapat digolongkan menjadi 2 (dua) bagian, yaitu :

1. Berdasarkan pada wanprestasi ("contractual liability") sebagaimana diatur dalam pasal 1239 KUHPerdata;
2. Berdasarkan perbuatan melanggar hukum ("onrechtmatige daad") sebagaimana diatur dalam pasal 1365 KUHPerdata.²

A. Ganti rugi atas dasar wanprestasi

Kata wanprestasi berasal dari bahasa Belanda, yang berarti prestasi buruk, tidak melakukan apa yang dijanjikan, alpa atau lalai, ingkar janji atau melanggar

perjanjian, melakukan atau berbuat sesuatu yang tidak boleh dilakukannya. Pasal 1239 KUHPerdata, mengatur mengenai wanprestasi, yaitu tiap-tiap perikatan untuk berbuat sesuatu, atau tidak berbuat sesuatu, apabila si berhutang tidak memenuhi kewajibannya, mendapatkan penyelesaian dalam kewajiban memberikan penggantian rugi dan bunga.

Ajaran mengenai wanprestasi dalam hukum perdata mengatakan, seseorang dianggap melakukan wanprestasi apabila :

- a. Tidak melakukan apa yang telah disepakati untuk dilakukan;
- b. Melakukan apa yang dijanjikan , tetapi terlambat;
- c. Melakukan apa yang dijanjikan, tetapi tidak sebagai mana dijanjikan;
- d. Melakukan sesuatu yang menurut hakekat perjanjian tidak boleh dilakukan.³

Akibat hukum dari terjadinya wanprestasi akan menimbulkan :

- a. Membayar kerugian yang diderita oleh kreditur atau juga disebut ganti rugi;
- b. Pembatalan perjanjian atau juga dinamakan pecahannya perjanjian;
- c. Peralihan resiko;
- d. Membayar biaya perkara, kalau sampai diperkarakan di depan hakim.⁴

Ganti rugi sebagai akibat adanya wanprestasi meliputi, biaya, rugi dan bunga. Biaya merupakan segala pengeluaran atau perongkosan yang nyata-nyata sudah dikeluarkan oleh satu pihak, sedangkan rugi merupakan segala kerugian karena kerusakan barang-barang kepunyaan kreditur yang

diakibatkan oleh kelalaian si debitur, dan yang dimaksudkan dengan bunga adalah kerugian yang berupa kehilangan keuntungan yang sudah dibayangkan atau dihitung oleh kreditur.

Undang-undang memberikan ketentuan tentang apa yang dapat dimasukkan dalam tuntutan ganti rugi tersebut. Dengan demikian ketentuan-ketentuan tersebut merupakan pembatasan dari apa yang boleh dituntut sebagai ganti rugi. Dengan demikian seorang debitur yang telah melakukan wanprestasi, masih juga dilindungi oleh undang undang terhadap kesewenang-wenangan dari kreditur, misalnya dalam hal :

- a. Dalam hal pelaksanaan perjanjian, debitur yang wanprestasi dilindungi oleh pasal 1338 KUHPerdara ayat 3 yang menyebutkan, persetujuan harus dilaksanakan dengan itikad baik,
- b. Mengenai pembatasan ganti rugi, debitur yang melakukan wanprestasi dilindungi oleh ketentuan-ketentuan pasal 1247 KUHPerdara yang menyebutkan, "siberhutang hanya diwajibkan atas biaya rugi dan bunga yang nyata telah atau sedianya harus dapat diduga sewaktu perjanjian dilahirkan, kecuali jika hal tidak dipenuhinya perjanjian itu disebabkan karena suatu tipu daya yang dilakukan olehnya," selanjutnya oleh pasal 1248 KUHPerdara yang menyebutkan "Bahkan jika hal tidak dipenuhinya perjanjian itu disebabkan karena tipu daya siberhutang, penggantian biaya, rugi dan bunga, sekedar mengenai kerugian yang diderita oleh si berpiutang dan keuntungan yang terhilang baginya, hanyalah terdiri atas apa yang merupakan akibat langsung dari tidak dipenuhinya perjanjian".⁵

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tuntutan ganti rugi akibat adanya wanprestasi dibatasi hanya

meliputi kerugian yang dapat diduga dan yang merupakan akibat langsung dari wanprestasi. Debitur dapat melakukan pembelaan mengenai kewajiban untuk membayar ganti rugi bagi dengan mengajukan beberapa macam alasan untuk membebaskan dirinya dari hukuman membayar ganti rugi kepada kreditur. Pembelaan tersebut ada 3 (tiga) macam, yaitu :

- a. Mengajukan tuntutan karena adanya keadaan memaksa ("overmacht" atau "force majeure"), Debitur berusaha menunjukkan bahwa tidak terlaksananya apa yang dijanjikan itu disebabkan oleh hal-hal yang sama sekali tidak dapat diduga dan ia tidak dapat berbuat apa-apa terhadap keadaan atau peristiwa yang timbul di luar dugaan tadi.

Dalam KUHPerdata, mengenai keadaan memaksa ini diatur dalam pasal 1244 KUHPerdata yang menyebutkan, "Jika ada alasan untuk itu, si berhutang harus dihukum mengganti biaya, rugi dan bunga, bila ia tidak membuktikan, bahwa hal tidak dilaksanakannya atau tidak pada waktu yang tepat dilaksanakannya perjanjian itu disebabkan karena suatu hal yang tak terduga, pun tak dapat dipertanggung jawabkan kepadanya, kesemuanya itu pun jika itikad buruk tidak ada pada pihaknya".

Selanjutnya pasal 1245 KUHPerdata menyebutkan, "Tidaklah biaya, rugi dan bunga harus digantinya, apabila karena keadaan memaksa atau karena suatu kejadian yang tak disengaja, si berhutang berhalangan memberikan atau berbuat sesuatu yang diwajibkan, atau karena hal-hal yang sama telah melakukan perbuatan yang terlarang".

- b. Mengajukan bahwa si berpiutang (kreditur) sendiri juga telah lalai atau wanprestasi ("exceptio non adimplenti contractus"), yaitu debitur berusaha menunjukkan bahwa kreditur sendiri juga melakukan kelalaian (wanprestasi), karena dalam setiap perjanjian dianggap berlaku asas bahwa kedua pihak harus sama-sama melakukan kewajibannya, masing-masing pihak dapat mengatakan kepada pihak lawannya, "jangan menganggap saya lalai, kalau kamu sendiri juga sudah melalaikan kewajibanmu".
- c. Mengajukan bahwa kreditur telah melepaskan haknya

untuk menuntut ganti ("rechtsverwerking"), yaitu suatu sikap dari pihak kreditur dari mana pihak debitur boleh menyimpulkan bahwa kreditur tidak akan menuntut ganti rugi.⁶

B. Ganti rugi atas dasar perbuatan melanggar hukum

Kepustakaan menyebutkan bahwa sebelum tanggal 30 Januari 1919 perbuatan melanggar hukum diartikan mengurangi/melanggar hak orang lain dan bertentangan dengan kewajiban hukum sipelaku. Melanggar hukum di sini ditafsirkan sebagai barang siapa yang melakukan perbuatan yang bertentangan dengan kewajiban hukumnya wajib memberikan ganti rugi.

Berdasarkan arrest Hoge Raad tanggal 31 januari 1919, (N.J. 1919 161), menyebutkan bahwa yang diartikan dengan perbuatan melanggar hukum adalah :

"Berbuat atau tidak berbuat yang (a) melanggar hak orang lain;(b) bertentangan dengan kewajiban hukum pelaku; (c) bertentangan dengan kesusilaan; atau (d) bertentangan dengan yang harus diindahkan dalam lalu lintas masyarakat terhadap diri, dan barang orang lain."⁷

Menurut Philipus M. Hadjon,⁸ kriteria perbuatan melanggar hukum adalah, "melanggar undang-undang dan peraturan formil yang berlaku, melanggar kepatutan dalam masyarakat yang harus dipatuhi oleh penguasa.

Sedangkan perbuatan melanggar hukum menurut R. Soetojo Prawirohamidjojo dan Marthalena Pohan, mengemukakan unsur-unsur perbuatan melanggar hukum, yaitu :

1. Harus ada suatu perbuatan, yaitu perbuatan atau tindakan yang menimbulkan dan/atau mengakibatkan "onrechtmatig";
2. Perbuatan itu harus "onrechtmatig",
3. Pelaku harus mempunyai kesalahan, yaitu di dalam peraturan perundang-undangan dikatakan bahwa setiap kerugian yang dialami oleh pihak lain disebabkan oleh kesalahan, ialah kesalahan sebagai akibat adanya perbuatan melanggar hukum. Oleh karena itu untuk menetapkan adanya persyaratan salah yang menyebabkan ganti rugi, hanya disyaratkan bilamana perbuatan "onrechtmatig" dari pelaku dipertanggung jawabkan (mampu bertanggung jawab), artinya bilamana terhadapnya dapat diajukan celaan karena kesalahan itu;
4. Perbuatan itu menimbulkan kerugian (ada hubungan kausal). Untuk menentukan adanya hubungan kausal antara perbuatan melanggar hukum dengan kerugian yang diderita, erat kaitannya dengan teori "conditio sine qua non" yaitu suatu hal yang merupakan sebab dari suatu akibat, akibat itu tidak akan terjadi jika sebab itu tidak ada;
5. Sifat norma yang dilanggar.⁹

Ciri khas dari tuntutan ganti rugi berdasarkan pada perbuatan melanggar hukum dapat dilihat dari model pertanggungjawaban yang diterapkan yaitu, pertanggungjawaban karena kesalahan ("fault liability") yang bertumpu pada 3 (tiga) asas sebagaimana diatur dalam pasal 1365, 1366, 1367 KUHPerdata, yaitu :

1. Setiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu mengganti kerugian tersebut;
2. Setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kurang hati-hatiannya;
3. Setiap orang tidak saja bertanggung jawab untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatan orang-orang yang berada di bawah tanggungjawabnya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada di bawah pengawasannya.¹⁰

Bertitik tolak pada ketiga prinsip ini dapat disimpulkan bahwa kesalahan berdasarkan perbuatan melanggar hukum melahirkan pertanggungjawaban hukum terhadap perbuatannya sendiri dan terhadap perbuatan orang yang berada di bawah tanggung jawab dan pengawasannya.

Wanprestasi dalam pelayanan pelaksanaan program KB timbul karena tindakan Tenaga Kesehatan yang berupa pemberian jasa pelayanan dan perawatan yang tidak patut atau tidak sesuai dengan apa yang diperjanjikan atau yang disepakati (persesuaian kehendak). Pelayanan dan perawatan kesehatan yang tidak patut ini dapat berupa tindakan kurang hati-hatian atau akibat kelalaian Tenaga Kesehatan sehingga menyalahi tujuan kontrak terapeutik.

Wanprestasi dalam pelayanan pelaksanaan program KB baru terjadi apabila telah memenuhi unsur-unsur sebagai berikut :

1. Hubungan antara Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan program KB dengan akseptor KB terjadi berdasarkan kontrak terapeutik;
2. Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan program KB telah memberikan pelayanan dan perawatan kesehatan yang tidak patut yang menyalahi tujuan kontrak terapeutik;
3. Akseptor KB menderita kerugian akibat tindakan dari Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan program KB.

Dalam hal tuntutan wanprestasi, ketiga unsur tersebut harus dapat dibuktikan. Pertama harus dibuktikan adanya kontrak terapeutik antara akseptor KB dengan Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan program KB. Pembuktian adanya kontrak terapeutik dapat dilakukan oleh akseptor KB dengan mengajukan; rekam medik atau dengan persetujuan tindakan medik yang diberikan oleh akseptor KB. Bahkan dalam kontrak terapeutik adanya kartu berobat akseptor atau dengan kedatangan akseptor KB untuk menemui Tenaga Kesehatan untuk meminta pertolongannya dapat dianggap telah terjadi perjanjian terapeutik.

Sedangkan untuk unsur yang kedua harus dibuktikan adanya kesalahan dan atau kelalaian Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan program KB karena tidak melakukan apa yang dijanjikan akan dilakukan dalam kontrak terapeutik. Atau ia melakukan apa yang diperjanjikan, disepakati (persesuaian kehendak) akan tetapi terlambat. Atau ia melakukannya tidak sebagaimana yang diperjanjikan, atau ia melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukan. Untuk terpenuhinya unsur ketiga unsur tersebut tindakan Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan program KB harus mempunyai hubungan kausal dengan kerugian yang diderita akseptor KB.

Tuntutan adanya perbuatan ^{melawan} hukum yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan dalam pelayanan pelaksanaan

program KB bagi akseptor KB, harus dibuktikan adanya hubungan kausal antara kesalahan/kelalaian dengan kerugian yang diderita oleh akseptor KB. Dalam ilmu hukum pemecahan problem kausalitas antara kesalahan/kelalaian dengan kerugian dikenal ada 2 (dua) ajaran atau teori pokok, yaitu:

1. Teori *conditio sine qua non*.

Penerapan dari teori ini menyebabkan pertanggungjawaban menurut pasal 1365 KUHPerdata menjadi sangat diperluas, karena perbuatan yang jauh hubungannya dengan akibat harus dianggap juga sebagai sebab. Teori ini dikembangkan oleh Von Kries, dan mengandung pengertian sebagai berikut :

- (a) Suatu perbuatan hanya merupakan akibat dari perbuatan melanggar hukum kalau kerugian tersebut menurut akal manusia yang sehat dapat diharapkan merupakan suatu akibat dari perbuatan melanggar hukum tersebut;
- (b) Kerugian tersebut merupakan kerugian akibat dari perbuatan melanggar hukum yang dapat diduga semula;
- (c) Kerugian tersebut menurut pengalaman dapat diharapkan merupakan akibat perbuatan melawan hukum.¹¹

2. Teori hubungan majikan dengan buruh atau juga dikenal dengan istilah ajaran "*Respondeat superior*". Teori ini sebagaimana telah diketahui mendapatkan pengaturan dalam pasal 1367 KUHPerdata. Untuk pertanggungjawaban tersebut disyaratkan adanya hubungan yang cukup antara kesalahan bawahan tersebut dengan tugas yang diberikan kepadanya. Ditentukannya pertanggungjawaban majikan

dalam pasal 1367 KUHPdata atas kerugian yang ditimbulkan oleh bawahan bertujuan untuk menjamin kepastian berhasilnya tuntutan adanya ganti rugi.

Dalam penerapan doktrin "Respondeat Superior" disyaratkan,

- a. Adanya hubungan kerja antara atasan dengan bawahan;
- b. Tindakan yang dilakukan bawahan harus berada dalam ruang lingkup pekerjaan yang ditugaskan kepadanya,
- c. Atasan mempunyai hak secara langsung mengawasi dan mengendalikan aktivitas bawahan dalam melakukan tugas-tuganya;
- d. Pekerjaan yang dilakukan harus merupakan suatu wujud dari perintah yang diberikan oleh atasan.¹²

3.2. Pemberian Ganti Rugi Atas Pelayanan Kontrasepsi Dalam Pelaksanaan Program KB

Pemberian pengayoman yang berupa santunan bagi akseptor KB yang mengalami komplikasi dan kegagalan dalam pelayanan pelaksanaan program KB dimaksudkan sebagai Ganti rugi dalam pelayanan KB. Hal tersebut berkaitan dengan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kontrasepsi agar akseptor KB mendapatkan kepuasan sehingga timbul rasa aman, tenteram dan harapan masa depan yang lebih baik, lahir dan batin dengan memberikan pengayoman kepada akseptor KB.

Pemberian pengayoman berupa santunan sejumlah uang tertentu yang besarnya bervariasi kepada akseptor KB yang mengalami komplikasi dan kegagalan tidak perlu dibuktikan ada tidaknya unsur kesalahan atau kelalaian dari Tenaga

Kesehatan yang memberikan prestasi berupa pelayanan pelaksanaan program KB kepada setiap akseptornya.

Akseptor KB yang mendapatkan pengayoman berupa santunan sejumlah uang hanya ditujukan kepada akseptor KB keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera 1 (satu) yang menggunakan metode/alat kontrasepsi MOP, MOW, Implant, IUD, Suntik KB dan Pil KB yang dilayani melalui klinik KB, Puskesmas, Rumah Sakit sesuai dengan kebijaksanaan prioritas pemberian pengayoman kepada akseptor KB di wilayah yang bersangkutan.

Untuk melaksanakan pemberian pengayoman berupa pemberian santunan sejumlah uang kepada akseptor KB, BKKBN selaku penanggung jawab program telah mengeluarkan peraturan kebijaksanaan berupa Keputusan Menteri Kependudukan/Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Nomor: 379/HK.104/E2/1995 tentang Pedoman Pelaksanaan Pemberian Pengayoman Peserta Keluarga Berencana Nasional.

Dalam Keputusan tersebut disebutkan maksud dan tujuannya adalah sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kontrasepsi agar akseptor KB mendapatkan kepuasan sehingga timbul rasa aman, tenteram dan harapan masa depan yang lebih baik, lahir dan batin dengan memberikan pengayoman kepada akseptor KB. Adapun sasaran yang hendak dicapai adalah, akseptor KB baru keluarga pra sejahtera dan sejahtera I yang menggunakan metode/alat

kontrasepsi MOP, MOW, Implant, IUD, Suntik KB dan Pil KB yang dilayani melalui Klinik KB, Puskesmas, Rumah sakit sesuai dengan kebijaksanaan prioritas pemberian pengayoman kepada akseptor KB di wilayah yang bersangkutan.

Program pengayoman akseptor KB tersebut berupa pemberian santunan selama satu (1) tahun kepada akseptor pengayoman sosial program KB yang mengalami kegagalan komplikasi akibat penggunaan alat/metode kontrasepsi yang diberikan sejak tindakan pelayanan kontrasepsi, dan program pengayoman ini diberikan berdasarkan kriteria sebagai berikut,

1. Peserta pengayoman sosial KB dirawat karena mengalami komplikasi akibat langsung dari pelayanan/pemakaian kontrasepsi MOP, MOW, IUD, Implan, Suntik KB, dan Pil KB;
2. Peserta pengayoman sosial KB perlu dirawat karena melahirkan atau keguguran akibat kegagalan tidak berfungsinya kontrasepsi MOP, MOW, IUD dan Implan;
3. Peserta pengayoman sosial KB mengalami cacat sebagai akibat langsung dari pemakaian kontrasepsi;
4. Peserta pengayoman sosial KB meninggal karena akibat langsung dari tindakan/pelayanan dan atau akibat langsung dari pemakaian kontrasepsi tersebut.¹³

Tentang besarnya uang santunan yang diberikan ada perbedaan antara lain :

1. Bagi peserta yang meninggal dunia karena akibat langsung dari penggunaan kontrasepsi diberikan santunan kepada ahli warisnya yang sah sejumlah Rp. 2.000.000,- (dua juta rupiah);
2. Bagi peserta yang mengalami cacat tetap akibat langsung dari pelayanan kontrasepsi dan atau akibat langsung dari pelayanan kontrasepsi dan diberikan santunan sebesar Rp. 2.000.000,- (dua juta rupiah);

3. Biaya perawatan komplikasi kontrasepsi diberikan sebesar maksimum Rp. 300.000,- (tiga ratus ribu rupiah);
4. Biaya perawatan kegagalan pemakaian MOP, MOW, IUD dan Implant sebesar maksimum Rp. 75.000,- (tujuh puluh lima ribu rupiah).¹⁴

Sedangkan penanggung jawab program pengayoman akseptor KB yaitu pejabat fungsional yang bertanggung jawab atas pengelolaan kegiatan pengayoman, di tingkat pusat adalah Deputi Bidang KB, di tingkat Propinsi adalah Ka. Kanwil BKKBN Propinsi, di tingkat Kabupaten/Kotamadya adalah Kepala kantor BKKBN kabupaten/Kotamadya dan ditingkat kecamatan adalah pengawas PLKB.

Keputusan Menteri Kependudukan/Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Nomor 379/Hk.104/E2/1995 tentang Pedoman Pelaksanaan Pemberian Pengayoman akseptor Keluarga Berencana Nasional merupakan aturan hukum yang secara operasional digunakan sebagai pedoman dalam memberikan pengayoman bagi akseptor KB, yang pada dasarnya merupakan pemberian ganti rugi bagi akseptor KB yang merasa dirugikan dalam pelayanan pelaksanaan program KB.

Aturan hukum mengenai hak akseptor atas ganti rugi dalam pelayanan pelaksanaan program KB tidak kita temukan dalam pasal-pasal UU No. 10 Th. 1992, tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera akan tetapi ketentuan hak atas ganti rugi tersebut kita temukan dalam penjelasan dari pasal 20 ayat 1 paragraf 5 UU No. 10 Th. 1992 yang menyebutkan bahwa " Setiap orang memperoleh

ganti kerugian akibat kelalaian atau kesalahan yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan dalam memberikan pelayanan pelaksanaan program KB".

Dari penjelasan pasal 20 ayat 1 UU No. 10 Th. 1992 tersebut boleh dikatakan masih sangat sumir dan belum menampakkan suatu ketentuan yang tegas, karena tidak disebutkan siapa yang bertanggung jawab atas ganti kerugian tersebut mengingat penanggung jawab program KB adalah BKKBN, dan juga tidak menegaskan ketentuan peraturan hukum mana yang digunakan sebagai dasar hukum agar hak akseptor atas ganti rugi tersebut jelas.

Ketentuan mengenai ganti rugi dalam pelayanan pelaksanaan program KB juga tidak secara tegas menyebutkan dalam PP. No. 21 tahun 1994 tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera. Pasal 17 hanya menyebutkan bahwa :

" Penggunaan alat, obat dan cara pengaturan kehamilan yang menimbulkan resiko terhadap kesehatan hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Kesehatan yang berwenang berdasarkan standar profesi."¹⁵

Kemudian dalam penjelasannya disebutkan :

"Mengingat dalam pelaksanaan penggunaan alat, obat dan cara pengaturan kehamilan berkaitan erat dengan masalah kesehatan dan agar penggunaan alat, obat dan cara pengaturan kehamilan tersebut tidak menimbulkan bahaya bagi kesehatan, maka cara penggunaan atau metode pelaksanaan tersebut dilakukan atas petunjuk dan /atau oleh Tenaga Kesehatan, dan tenaga yang dimaksud adalah

sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan oleh karenanya Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan kewenangannya harus tetap berlandaskan pada standar profesi kesehatan yang berlaku."¹⁶

Pasal 55 UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyebutkan : "Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan dan ganti rugi sebagai mana dimaksud dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku". Karena itu BKKBN selaku penanggung jawab program KB dalam usahanya untuk memberikan perlindungan atau pengayoman kepada akseptor KB menerbitkan peraturan kebijaksanaan berupa Keputusan Menteri Kependudukan/Kepala BKKBN No. 379/HK.104/E2/1995 tentang Pedoman Pelaksanaan Pemberian Pengayoman Peserta Keluarga Berencana Nasional.

BKKBN selaku badan atau pejabat tata usaha negara di dalam melaksanakan pemerintahan seringkali menciptakan apa yang kini sering dinamakan sebagai peraturan kebijaksanaan ("beleidsregel", "policy rule"). Produk hukum semacam ini tidak terlepas dalam kaitannya dengan penggunaan "freies ermessen", yaitu badan atau pejabat tata usaha negara yang bersangkutan merumuskan kebijaksanaan itu dalam berbagai bentuk "juridische regels", seperti halnya peraturan, pedoman, pengumuman, surat edaran dan pengumuman kebijaksanaan tersebut.

Peraturan kebijaksanaan pada hakekatnya merupakan produk dari perbuatan tata usaha negara yang bertujuan

"naar buiten gebracht schriftelijk beleid" yaitu menampakkan keluar suatu kebijaksanaan tertulis, namun tanpa disertai kewenangan pembuatan peraturan dari badan atau pejabat tata usaha negara yang menciptakan peraturan kebijaksanaan tersebut dan peraturan kebijaksanaan dimaksud telah merupakan bagian dari kegiatan pemerintahan (besturen) saat ini.¹⁷

Latar belakang dikeluarkannya peraturan kebijaksanaan tersebut di atas merupakan kehendak pemerintah oleh Presiden R.I. telah mencanangkan melalui pemberian pengayoman akseptor KB dilakukan pada puncak acara peringatan Hari Keluarga Nasional pada tanggal 29 Juni 1994 di Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur, kemudian oleh Menteri Negara Kependudukan dan Kepala BKKBN dijabarkan lebih lanjut dalam bentuk pedoman pelaksanaan pemberian pengayoman akseptor KB nasional.

Peraturan kebijaksanaan yang berupa pedoman pemberian pengayoman tersebut pada dasarnya bukan merupakan peraturan perundang-undangan, dan BKKBN sebagai penanggung jawab atas berhasilnya pelaksanaan program KB merupakan badan atau pejabat tata usaha negara memiliki kewenangan pembuatan peraturan kebijaksanaan ("wetgevende bevoegdheid"). Peraturan kebijaksanaan juga tidak mengikat langsung secara hukum, namun mempunyai relevansi hukum. Peraturan kebijaksanaan memberi peluang bagaimana suatu

badan tata usaha negara dalam menjalankan suatu kewenangan pemerintahan ("beschikking bevoegdheid"). Hal tersebut dengan sendirinya harus dikaitkan dengan kewenangan pemerintahan atas dasar penggunaan "discretionaire", karena jika tidak demikian, akan tidak ada tempat bagi peraturan-peraturan kebijaksanaan.¹⁸

Di dalam kepustakaan memang dipertahankan pendapat bahwa tata usaha negara berkewajiban mengembangkan peraturan-peraturan kebijaksanaan. Dalam hal tata usaha negara menentukan suatu kebijaksanaan atas kewenangan membuat keputusan maka ditanyakannlah pada dirinya sendiri : untuk apa suatu kebijaksanaan akan dikeluarkan, dan kebijaksanaan dimaksud dipermaklumkan.¹⁹

Dalam peraturan kebijaksanaan sebagaimana dimaksudkan dalam Keputusan Menteri negara kependudukan/Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasioanal Nomor 379/HK.104/E2/1995 tentang pedomanan pelaksanaan Pemberian Pengayoman Peserta Keluarga Berencana Nasional mempunyai tujuan umum dan khusus.

Dalam tujuan umum disebutkan, terwujudnya pengayoman terhadap akseptor KB baru yang menggunakan salah satu metode kontrasepsi MOP, MOW, IUD, Implant, Suntik KB dan Pil KB secara nyata tertib, efektif dan efisien seta berkesinambungan dalam rangka peningkatan kesejahteraan keluarga,

Sedangkan tujuan khusus meliputi,

1. Terwujudnya persamaan pandangan dalam pelaksanaan pengayoman akseptor KB bagi para petugas dan pengelola di lapangan .
2. Terlaksananya pengayoman bagi akseptor KB baru selama 1 (satu) tahun sejak menjadi akseptor pengayoman;
3. Terayominya akseptor KB dalam penggunaan alat kontrasepsi MOP, MOW, IUD, Implant, Suntik KB dan Pil KB sehingga merasa aman, puas nyaman dan sejahtera;
4. Terlaksananya pengayoman bagi akseptor KB secara tertib dan efisien;
5. Terlaksananya penyaluran kartu pengayoman, iuran pengayoman dan pemberian santunan secara tertib dan lancar sesuai dengan data pencapaian akseptor KB baru keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera 1 (satu);
6. Terlaksananya pelaporan pelaksanaan pengayoman akseptor KB kepada penanggung jawab pengayoman secara periodik dan berkesinambungan;
7. Meningkatnya pelayanan akseptor KB baru sesuai dengan permintaan kebutuhan masyarakat.²⁰

3.3. Pelaksanaan Program Pengayoman Bagi Akseptor KB Dalam Pelaksanaan Program KB

Pelaksanaan pengayoman dilakukan di berbagai wilayah program dari tingkat pusat sampai tingkat desa/kelurahan melalui tahapan sebagai berikut :²¹

A. Tahapan Persiapan

1. Pusat

- a. Deputi KB menggalang kesepakatan dengan berbagai pihak yang terkait dengan pemberian pengayoman akseptor KB di tingkat pusat;
- b. Biro kontrasepsi melaksanakan koordinasi di bidang penyelenggaraan pengayoman akseptor KB

dengan berbagai pihak antara lain penanggung jawab santunan, departemen kesehatan dan komponen terkait di BKKBN;

- c. Menyusun tim kerja untuk merumuskan perangkat tata laksana pemberian pengayoman akseptor KB baru berupa pedoman pelaksanaan serta penyiapan konsep naskah kerjasama pemberian pengayoman pelaksanaan program KB bagi akseptor KB Baru keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera 1 (satu);
- d. Biro kontrasepsi menyiapkan perjanjian kerjasama pemberian pengayoman bagi akseptor KB baru keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera 1 (satu);
- e. Biro kontrasepsi menyerahkan data jumlah keluarga pra sejahtera dan sejahtera 1 (satu) yang belum ber KB berdasarkan hasil pendataan keluarga sebagai penyiapan data calon akseptor pengayoman program KB untuk disampaikan kepada penanggung jawab santunan dalam rangka penyediaan kartu ayoman;
- f. Penanggung jawab santunan melakukan koordinasi dengan BKKBN untuk pemberian pengayoman;
- g. Penanggung jawab santunan menyediakan kartu dan atau formulir yang disalurkan ke berbagai propinsi sesuai dengan kebutuhan.

2. Propinsi

- a. Kanwil BKKBN propinsi menggalang kesepakatan dengan berbagai pihak terkait di tingkat propinsi;
- b. Kanwil BKKBN propinsi mengintruksikan pimpro pelayanan pelaksanaan program KB untuk menyiapkan kontrak kerja pengayoman dengan mengacu kepada perjanjian kerjasama di tingkat pusat;
- c. Pimpro pelayanan pelaksanaan program KB menyiapkan kontrak kerja dan pembayaran iuran pengayoman akseptor KB dengan mengacu kepada perjanjian kerjasama di tingkat pusat;
- d. Bidang KB menyiapkan data akseptor KB baru keluarga pra sejahtera dan sejahtera 1 (sat) dengan metode kontrasepsi MOP, MOW, IUD, Implat, Suntik dan Pil KB sebagai dasar pembayaran iuran pengayoman KB;
- e. Penanggung jawab santunan melakukan koordinasi dengan BKKBN untuk pemberian pengayoman;

3. Kabupaten/Kotamadya

- a. Kepala Kantor BKKBN kabupaten/kotamadya menggalang kesepakatan dengan instansi dan lembaga terkait;

- b. Seksi KB menyiapkan koordinasi teknis dengan berbagai pihak yang terkait baik intern maupun ekstern;
 - c. Seksi KB menyiapkan data yang berhubungan dengan pelaksanaan pemberian pengayoman akseptor KB.
4. Kecamatan/Desa/Kelurahan
- a. PPLKB menyiapkan data yang berhubungan dengan pelaksanaan pemberian pengayoman KB;
 - b. PPLKB mengadakan koordisai teknis dengan PLKB dan pihak yang terkait dalam pelaksanaan pengayoman akseptor KB;
 - c. PLKB membantu dan menyiapkan data akseptor KB yang berhubungan dengan pelaksanaan pemberian pengayoman KB.

B. Tahapan Pelaksanaan

Pelaksanaan pemberian pengayoman akseptor KB dilakukan oleh pengelola pengayoman secara berjenjang dari tingkat pusat sampai tingkat desa/kelurahan.

1. Tingkat Pusat

- a. Deputi bidang KB bertanggung jawab atas pengelolaan pengayoman akseptor KB di tingkat pusat;
- b. Deputi bidang KB bersama-sama dengan penanggung jawab santunan tingkat pusat (pihak kedua) menandatangani naskah kerjasama termasuk

kesepakatan tentang besarnya iuran santunan pengayoman;

- c. Deputi Bidang KB selaku penanggung jawab pengelolaan pengayoman memberitahukan secara tertulis kepada Ka. Kanwil BKKBN Propinsi tentang adanya perjanjian kerja sama;
- d. Penanggung jawab santunan tingkat pusat menginformasikan pemberian pengayoman KB kepada seluruh jajarannya segera setelah naskah kerjasama ditandatangani;
- e. Penanggung jawab santunan menyalurkan kartu pengayoman dan formulir yang diperlukan dengan tepat waktu dan tepat sasaran.

2. Tingkat Propinsi

- a. Ka. Kanwil BKKBN propinsi selaku penanggung jawab pengelolaan pengayoman di tingkat propinsi mengadakan koordinasi pelaksanaan dengan Kanwil kesehatan/dinas kesehatan serta penanggung jawab santunan tingkat propinsi;
- b. Pimpro pelayanan pelaksanaan program KB selaku pihak I dan penanggung jawab santunan selaku pihak II menandatangani kontrak kerja;
- c. Kanwil BKKBN propinsi menyalurkan kartu pengayoman kepada kantor BKKBN kabupaten/kotamadya;
- d. Pimpro pelayanan pelaksanaan program KB membayarkan iuran pengayoman kepada penanggung jawab

santunan berdasar pencapaian, akseptor KB baru keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera 1 (satu) dengan metode kontrasepsi MOP, MOW, IUD, Implant, Suntik KB dan Pil KB secara bertahap;

e. Penanggung jawab santunan tingkat propinsi melalui jajarannya di tingkat kabupaten/kotamadya memproses usulan santunan dan membayarkan santunan kepada akseptor KB pengayoman dengan memperhatikan syarat-syarat sebagai berikut :

- 1). Tanda bukti sebagai akseptor pengayoman KB;
- 2). Bertanggung jawab mengisi formulir pengajuan santunan yang disediakan oleh penanggung jawab santunan;
- 3). Surat keterangan perawatan, komplikasi, kegagalan, cacat tetap, kematian akibat pemakaian/ pelayanan kontrasepsi.

3. Kabupaten/Kotamadya

a. Kepala Kantor BKKBN Kabupaten/Kotamadya selaku penanggung jawab pengelolaan pengayoman akseptor KB di wilayahnya mengadakan koordinasi pelaksanaan pengayoman KB dengan instansi terkait dan penanggung jawab santunan;

b. Seksi KB memberikan kartu pengayoman kepada PPLKB yang selanjutnya diteruskan kepada PLKB untuk diberikan kepada akseptor pengayoman KB;

c. Seksi KB menyiapkan data akseptor pengayoman

berdasarkan komplikasi laporan pencapaian akseptor KB baru keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera 1 (satu) dengan metode kontrasepsi MOP, MOW, IUD, Implan, Suntik KB dan Pil KB serta menyampaikan kepada pimpro pelayanan KB dengan tembusan kepada bidang KB di propinsi;

- d. Penanggung jawab santunan di tingkat kabupaten/kotamadya membayarkan uang santunan kepada akseptor pengayoman KB secara tunai atas biaya yang telah dikeluarkan sesegera mungkin sesuai dengan kesepakatan masing-masing propinsi.

4. Kecamatan/Desa/Kelurahan

- a. PPLKB menyiapkan data pencapaian serta nama akseptor KB baru keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera 1 (satu) dengan metode kontrasepsi MOP, MOW, IUD, Implant, Suntik KB dan Pil KB untuk disampaikan kepada seksi KB;
- b. PPLKB membagikan kartu pengayoman kepada PLKB yang telah diterima dari seksi KB selanjutnya diberikan kepada akseptor KB keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera 1 (satu) dengan metode kontrasepsi MOP, MOW, IUD, Iplant, Suntik KB dan Pil KB;
- c. PPLKB membantu proses pengajuan santunan ke tingkat kabupaten/kotamadya;

- d. PLKB/PKB membantu proses pengajuan santunan ke tingkat kecamatan.

C. Tahapan Pasca Pelaksanaan

- a. Deputi bidang KB bertanggung jawab atas terlaksananya pelaporan, pemantauan dan evaluasi pemberian pengayoman akseptor KB;
- b. Biro kontrasepsi melaksanakan penyelenggaraan pelaporan, pemantauan dan evaluasi serta menyampaikan kepada deputi bidang KB untuk diteruskan kepada Menteri Negara Kependudukan/Kepala BKKBN;
- c. Kepala Kantor Wilayah BKKBN propinsi melaksanakan penyelenggaraan pelaporan, pemantauan dan evaluasi yang disampaikan kepada Deputi bidang KB minat, Biro kontrasepsi, selanjutnya akan diteruskan kepada Menteri Negara Kependudukan /Kepala BKKBN;
- d. Kepala Kantor BKKBN kabupaten/kotamadya melaksanakan penyelenggaraan pelaporan, pemantauan dan evaluasi di wilayahnya dan disampaikan kepada Ka Kanwil minat bidang KB yang selanjutnya diteruskan ke BKKBN pusat;
- e. Penanggung jawab santunan memberikan laporan penyelenggaraan pengayoman akseptor KB secara berjenjang untuk diteruskan kepada Deputi bidang KB.

Catatan

- 1 Moh. Adib, Implementasi Hak Dan Kewajiban Para Pihak Dalam Perjanjian Menurut Hukum Perdata Terhadap Perjanjian Terapeutik Antara Dokter dan Pasien, Tesis, PPS-UNAIR 1992, h. 28;
- 2 Bahder Johan Nasution, Implikasi Yuridis pasal 55 Undang Undang Nomor 23 Th. 1992 Terhadap kesalahan atau Kelalaian Tenaga Kesehatan, Tesis, PPS-UNAIR 1994, h.8;
- 3 Ibid, h. 8-9;
- 4 Subekti, Hukum Perjanjian, PT Intermasa, Jakarta, 1991, h.45;
- 5 Ibid, h. 47-48;
- 6 Ibid, h. 55;
- 7 Bahder Johan Nasution, Op.Cit, h.50;
- 8 Ibid, h. 48;
- 9 Ibid, h. 49;
- 10 Ibid, h. 51;
- 11 BKKBN, Pedoman Pelaksanaan Pemberian Pengayoman akseptor KB, Th. 1996, h.7;
- 12 Ibid, h.30;
- 13 Periksa pasal 17 PP. No. 21 Th. 1994; tentang....
- 14 Marcus Lukman, Op.cit, h. 132;
- 15 BKKBN, Op.Cit, h. 2.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

Berdasarkan uraian dalam Bab I, Bab II, dan Bab III , maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Tenaga Kesehatan yang diberi wewenang untuk melaksanakan program KB adalah dokter dan bidan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan R.I. dan Kepala BKKBN No.346/Menkes/Inst/VI/1983 dan No.296/HK-011/E3/1983 tentang Intensifikasi Pelaksanaan program Kependudukan dan KB dan Peraturan Menteri Kesehatan R.I. No. 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Registrasi dan praktek Bidan.
2. Hubungan hukum yang terjadi antara dokter atau bidan dan akseptor KB dalam pelayanan Pelaksanaan program KB merupakan hubungan kepercayaan. Akseptor KB mempercayakan pelayanan baik perawatan maupun pengobatan demi kesehatannya kepada dokter dan bidan yang diberi kewenangan dalam pelaksanaan program KB. Hubungan hukum antara dokter atau bidan dan akseptor KB dalam pelayanan pelaksanaan program KB dimulai pada saat dilakukannya penawaran umum dan akseptor KB datang untuk meminta bantuan pelayanan pelaksanaan program KB.

3. Akibat hubungan hukum antara dokter atau bidan dan akseptor KB dalam pelayanan pelaksanaan program KB melahirkan hak dan kewajiban, yang berlaku secara timbal balik sebagai hak bagi akseptor KB merupakan kewajiban bagi dokter atau bidan melakukan kesalahan atau kelalaian sehingga menimbulkan kerugian bagi akseptor KB, maka akseptor KB berhak atas ganti rugi.
4. Untuk mendapatkan ganti rugi berupa santunan sejumlah uang telah diatur dalam peraturan kebijaksanaan yang berupa Keputusan Menteri Negara Kependudukan/Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nomor: 379/Hk.104/E2/1995 tentang Pedoman Pelaksanaan Pemberian Pengayoman akseptor Keluarga Berencana Nasional. Pelaksanaan pengayoman pemberian santunan kepada akseptor KB yang dirugikan dilakukan di berbagai wilayah program, tingkat pusat adalah Deputy Bidang KB, di tingkat Propinsi adalah Ka. Kanwil BKKBN Propinsi, di tingkat Kabupaten/Kotamadya adalah Kepala Kantor BKKBN Kabupaten/ Kotamadya dan di tingkat Kecamatan adalah pengawas PLKB.

2. Saran

1. Hak akseptor KB atas ganti rugi hendaknya tidak diperlakukan secara diskriminatif, tidak perlu diklasifikasikan baik antara kondisi sosial dan ekonomi yang berbeda dari para akseptor KB, maupun perbedaan klasifikasi daerah/wilayah tertentu, sesuai dengan asas persamaan derajat.
2. Prosedur untuk mendapatkan ganti rugi lebih disederhanakan dengan memberikan hak otonomi kepada masing-masing BKKBN di Tingkat II sehingga tidak lamban/terlambat di dalam memberikan santunan yang menjadi hak akseptor KB yang mengalami komplikasi dan kegagalan.
3. Pengaturan mengenai hak akseptor KB atas ganti rugi yang mengalami komplikasi atau kegagalan harusnya bersifat transparan dan diinformasikan sehingga akseptor KB akan lebih mendapatkan kepastian dan pengayoman serta terlindungi.

DAFTAR BACAAN

Abdulkadir, Muhammad, Hukum Acara Perdata Indonesia, Citra Aditya Bakti, Bandung, 1990;

Allot, Anthony, The Limits of Law, Butterworth & Co, Publisher Ltd., London, 1980;

Appelbaum, Paul Charles and Allan Huisel, Informed Consent, Legal Theory and Clinical Practise, Oxford University Press, New York, 1987;

Ananta, Aris (et al.), Ciri Demografi, Kualitas Penduduk dan Pembangunan Ekonomi, Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Jakarta, 1993;

BKKBN, Laporan Program KB Nasional selama 3 Pelita 1969-1984, Jakarta, 1986;

-----, Laporan Biro Data Kependudukan, Informasi Dasar Program Kependudukan Keluarga Berencana, Jakarta, 1982,

-----, Pelaksanaan Program, Laporan Seminar Nasional Rancangan Hukum Keluarga Kependudukan, Jakarta, 1986;

-----, Biro Pelayanan Program Integrasi, Laporan Pelaksanaan Kegiatan Biro Pelayanan Program Integrasi BKKBN 1985-1986, Jakarta, 1986;

Brown, R. Lester et al., Dua Puluh Dua Segi Masalah Kependudukan, (terjemahan), Sinar Harapan, Jakarta, 1982;

Departemen Kesehatan RI, Sistem Kesehatan Nasional, Jakarta, 1984;

Djojodirjo, Moegni, Perbuatan Melawan Hukum, Pradnya Paramita, Jakarta, 1982;

D. Veronica Komalawati, Hukum dan Etika Dalam Praktek Dokter, Sinar Harapan, Jakarta, 1992;

Dye, Thomas R. Understanding Public Policy, Prentice Hal, Inc. Englewood Cliffs N.Y. 077632, USA, 1978;

Donella H. Meadows et al., "The Limits to Growth" A Report to the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind,

Jef, Leobo , Bunga Rampai Hukum dan Profesi Kedokteran dalam Masyarakat Indonesia, Liberty, Yogyakarta, 1984;

Koeswadji, Hermien Hadiati, Hukum dan Masalah Medik, Airlangga University Press, Surabaya, 1984;

-----, Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik, Citra Aditya Bakti, Bandung, 1992;

-----, Hukum Kedokteran di Dunia Internasional, Makalah dalam forum Simposium Hukum Kedokteran diselenggarakan oleh BPHN, Jakarta, 1993;

-----, Pengantar Hukum Kesehatan, Makalah Seminar disampaikan pada Simposium KUHAP dan profesi Dokter di Jakarta, 1982;

-----, Aspek Medikolegal dari Pelayanan Kesehatan dan Rekaman Medik, Makalah disampaikan dalam forum pra pendidikan PPDS I, Surabaya, 1985;

-----, Malpraktik dan Permasalahan Hukumnya (Satu Pendekatan Medikolegal), Makalah disampaikan pada HUT V Kosgoro, Surabaya, 1987;

-----, Dampak Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi terhadap Hukum dan Etik Kedokteran menjelang Abad ke 21, Makalah disampaikan pada Seminar Pendidikan Dokter Menjelang Abad ke-21, Surabaya, 1988;

Moleung, Lexy J. Metodologi Penelitian Kualitatif, Remaja Rosda karya, Bandung, 1991;

Pecxard, Ellen, Legal Liability of Doctors Hospital in Canada, Carwell Legal, Publications, Toronto, 1984;

Rahardjo, Satjipto, Hukum dalam Perspektif Sosial, Alumni Bandung, 1981;

Soekanto, Soerjono, Hukum Disiplin Tenaga Kesehatan dan Korelasinya dengan Hukum Administrasi Negara, Djambatan, Jakarta, 1987;

-----, Segi-segi Hukum Hak dan Kewajiban Pasien dalam Kerangka Hukum Kesehatan, Mandar Maju, Bandung, 1990;

-----, dan Herkutanto, Pengantar Hukum Kesehatan, Remadja Rosda Karya, Bandung, 1987;

R. Subekti, Hukum Perjanjian, Internusa, Jakarta, 1985;

R. Cook, "Formulating Population Policy A Legal Approach" dalam LAWASIA Jurnal.

Wignjosebroto, Soetandjo, Konsep Hukum, Tipe Kajian dan Metode Penelitiannya, Majalah Hukum dan Pembangunan, Universitas Indonesia, Jakarta, 1981;

Wirosardjono, Soetjipto, Ukuran dan Metode Pengukuran Program KB, Makalah, Surabaya, 1991.

ELIK

CGA